

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studentská 2, 461 17 LIBEREC I
Tel.: 485 353 722, fax: 485 353 721

Technická univerzita v Liberci
Ústav zdravotnických studií

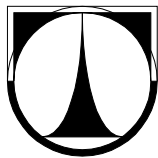
Studijní program: B 5341 Ošetřovatelství
Studijní obor: 5341R009 Všeobecná sestra

Spokojenost klienta/pacienta s ošetrovatelskou péčí

Client's/Patient's with Satisfaction Nursing Care

Kateřina Dlasková

Bakalářská práce
2009



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studentská 2, 461 17 LIBEREC I
Tel.: 485 353 722, fax: 485 353 721

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(pro bakalářský studijní program)

pro (kandidát): Kateřina Dlasková

adresa: Karla Sedláka 1222/6, 78401 Litovel

Program:

Obor:

Název BP:

Název BP v angličtině:

Vedoucí práce:

Konzultant:

Termín zadání BP:

Termín odevzdání BP:

Ředitel ÚZS Technické univerzity v Liberci prof. MUDr. Miloš Hájek
DrSc.

Převzal (kandidát), podpis: Kateřina Dlasková

Datum: 30.3. 2008

P r o h l á š e n í

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom(a) povinnosti informovat o této skutečnosti TUL. V tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Datum: 29.02. 2008

Podpis:

Poděkování

Chtěla bych poděkovat Mgr. Janě Stejskalové za odborné vedení bakalářské práce, cenné připomínky, rady a trpělivost při jejím zpracování.

Kateřina Dlasková

Anotace

Téma bakalářské práce se soustředilo na Spokojenost K/P s ošetrovatelskou péčí. Práci tvoří dvě ucelené části, teoretická a empirická. V teoretické části jsou determinovány pojmy ošetrovatelství, kvalita zdravotní péče, standardy ošetrovatelské péče, indikátory kvality ošetrovatelské péče, ošetrovatelský audit a spokojenost K/P s ošetrovatelskou péčí. Empirická část je založena na vlastním výzkumu, který byl uskutečněn pomocí dotazníkové metody. V práci jsou prezentovány výsledky šetření a po zhodnocení získaných dat byla navržena opatření pro zkvalitnění ošetrovatelské péče v daných oblastech.

Klíčová slova - ošetrovatelství, kvalita zdravotní péče, standardy ošetrovatelské péče, indikátory kvality ošetrovatelské péče, ošetrovatelský audit, spokojenost K/P s ošetrovatelskou péčí.

Synopsis

The bachelor dissertation focused on the C/P Satisfaction with nursing care. The dissertation consists of two comprehensive parts, the theoretical one and the empirical one. In the theoretical part the following concepts are determined: nursing, quality of health care, nursing standards, nursing quality indicators, nursing audit and C/P satisfaction with nursing care. Empirical part is based on personal research which was carried out using a questionnaire method. The findings of the research are presented in the dissertation and after the evaluation of acquired data, measures leading to an improvement of nursing care quality in respective areas have been suggested.

Key words – nursing, quality of health care, nursing standards, nursing quality indicators, nursing audit, C/P satisfaction with nursing care.

Obsah

Prohlášení.....	4
Poděkování.....	5
Anotace	6
Klíčová slova	6
Obsah	8
Abecední seznam použitých zkratk.....	10
1. Úvod.....	11
2. Teoretická část	12
2.1. Ošetřovatelství dnes	12
2.1.1. Ošetřovatelství – vymezení pojmu	12
2.1.2. Všeobecná zdravotní sestra.....	13
2.1.3. Příjemci ošetřovatelské péče.....	13
2.2. Kvalita zdravotní péče	14
2.2.1. Kvalita – intuitivně vnímaný pojem	14
2.2.2. Akreditace	18
2.3. Metody měření a hodnocení kvality	19
2.3.1. Indikátory kvality/ - měřitelná kritéria.....	20
2.3.2. Literatura indikátory dále dělí na:.....	20
2.3.2.1. Dle priorit určujeme pořadí indikátorů	20
2.3.2.2. Globálně slouží pro porovnání kvality jednotlivých zdravotnických zařízení těchto 10 indikátorů:	21
2.3.3. Standardizace a ošetřovatelské standardy	21
2.3.3.1. Standard –lat. Norma	22
2.3.3.2. Ošetřovatelské standardy	22
2.3.3.3. Typy standardů	23
2.3.4. Ošetřovatelský audit	24
2.4. Spokojenost K/P	26
2.4.1. Spokojenost K/P, indikátor kvality zdravotní péče	26
2.4.2. Hodnocení spokojenosti K/P u nás a ve světě	27
2.4.3. Modely spokojenosti K/P.....	28

2.4.3.1.	Model postavený na dosažení určitých hodnot spokojenosti v definovaných dimenzích	28
2.4.3.2.	Model postavený na splnění přání K/P, fulfilment model	29
2.4.3.3.	Pragmatický (elektrický) model spokojenosti K/P	30
2.4.4.	Metoda měření spokojenosti K/P	30
2.4.4.1.	Focus groups	30
3.	Empirická část	32
3.1.	Vymezení cíle a formulace hypotéz	32
3.1.1.	Cíl:	32
3.1.2.	Hypotézy:	32
3.2.	Metodika výzkumu	33
3.2.1.	Výběr zkoumaného souboru	33
3.2.2.	Výběr metody šetření	33
3.2.2.1.	Sestavení dotazníku	33
3.2.3.	Pilotní studie	34
3.2.4.	Organizace výzkumu	34
3.2.5.	Analýza a interpretace výsledků výzkumu	34
3.2.5.1.	Sociodemografické údaje	35
3.2.5.2.	Zpracování jednotlivých položek dotazníku	38
3.3.	Diskuse	72
3.3.1.	Hypotéza 1.	76
3.3.2.	Hypotéza 2.	78
3.3.3.	Hypotéza 3.	80
4.	Závěr	82
5.	Seznam bibliografických citací	83
6.	Seznam příloh	89

Abecední seznam použitých zkratk

ALPHA -	Agenda for Leadership in programs in Healthcare Accreditation
CeKZ -	Centrum pro kvalitu ve zdravotnictví ČR
ČAS -	Česká asociace sester
ČIA -	Český institut pro akreditaci
ČLK -	Česká lékařská komora
ČR -	Česká republika
EFQM -	The european Foundation For Quality Management
EU -	Evropská unie
ISO -	International Standards Organisation
ISQua -	International Society for Duality in Health care
JCAHO -	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations
JCIA -	Joint Commission on International Accreditation
JIP -	Jednotka intenzivní péče
K/P -	Klient/Pacient
KNL a.s. -	Krajská nemocnice Liberec a.s.
MZČR -	Ministerstvo zdravotnictví ČR
SAKČR -	Spojená akreditační komise ČR
SÚKL -	Státní úřad pro kontrolu léčiv
TQM -	Total Quality Management
USA -	Spojené státy americké
ÚZIS -	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

1. Úvod

„Jak je uklidňující a příjemné, když děláme věci správně. Vidět věci ve správných proporcích, ať už je to cokoliv, vykreslit jejich přesné obrysy jistě a jednoduše – z toho pramení spokojenost ozařující celý svět.“ [Bucková, 1977, s. 13]

Předmětem této bakalářské práce je: Spokojenost klienta/pacienta (dále jen K/P) s ošetrovatelskou péčí všeobecných sester.

S dnešními zvyšujícími se nároky na kvalitu zdravotní péče ze strany K/P, jako konzumenta služby, kterou si sám hradí a snižujícími se ekonomickými možnostmi země se dostává politika nejen českého, ale celosvětového zdravotnictví do postavení před velice těžký úkol. Vymyslet kvalitní systém péče tak, aby uspokojil veškeré potřeby K/P. V této souvislosti nás zaujal výzkum spokojenosti K/P: „Kvalita Očima Pacientů.“ probíhající pod záštitou Ministerstva zdravotnictví a zprostředkovaná agenturou STEM/MARK, zjišťující úroveň kvality zdravotnické péče jednotlivých nemocnic v České republice (dále jen ČR). Výsledky, které tyto výzkumy přináší, jsou cennými informacemi nejen pro samotný management nemocnic, jemuž umožňují zpětný náhled na kvalitu poskytnuté zdravotní péče a zlepšit už teď dobré služby, ale i pro K/P, který má nárok si vybrat ošetřujícího lékaře nebo zdravotnické zařízení, kde se bude léčit. [31]

Bakalářská práce vychází z publikací vydaných Národním centrem ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, a dále z odborných zdravotnických publikací a časopisů.

Cílem teoretické části bakalářské práce je charakterizovat základní metody pro zajištění a zhodnocení kvality ošetrovatelské péče. Dalším tématem je spokojenost K/P s kvalitou zdravotní péče, koncepce českého ošetrovatelství, etický kodex sester a práva pacientů.

Cílem empirické části je pomocí dotazníků (viz. Příloha 1) zmapovat spokojenost K/P s ošetrovatelskou péčí všeobecných sester na standardních nemocničních odděleních Krajské nemocnice Liberec a.s. (dále jen KNL a.s.).

2. Teoretická část

2.1. Ošetrovatelství dnes

2.1.1. Ošetrovatelství – vymezení pojmu

Ošetrovatelství je relativně mladý obor vytvářející si vlastní vědeckou základnu a formulující samostatnou koncepci z níž vycházejí charakteristické rysy a hlavní cíle dnešního moderního ošetrovatelství. Ošetrovatelství dnešní doby je velice vzdálené tomu, které se provádělo před sto lety a jako každý jiný vědní obor i ošetrovatelství má svou definici. [15, 12, 37, 38]

Definice ošetrovatelství

Virginia Hendersonová definovala ošetrovatelství slovy: „*Jedinečnou úlohou ošetrovatelství je pomáhat nemocným i zdravým při vykonávání činností podporujících zdraví, znovu navrácení zdraví nebo zabezpečení pokojné smrti, které mohly tyto osoby vykonávat i bez pomoci, kdyby měly dostatek sil, vůle nebo znalostí. A toto dělat tak, aby jim sestra pomohla znovu nabýt nezávislosti, tak rychle jak jen je to možné.*“ [Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s.4]

Světová zdravotnická organizace definuje moderní ošetrovatelství jako: „*Systém typicky ošetrovatelských činností týkající se jednotlivce, rodiny a společenství, v němž žijí, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu.*“ [Šamánková a kol., 2006, s.25]

Ošetrovatelství a ošetrovatelská péče jsou praktickou činností sestry, kterou sestra realizuje své cíle za pomoci ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelství mělo v historii nízké společenské postavení vycházející z neprofesionálního, charitativního zaměření. Dnes však ošetrovatelství dostává zcela jiný ráz. Pro poskytnutí kvalitní profesionální ošetrovatelské péče požaduje určité odborné znalosti, praktické dovednosti, které jsou na K/P aplikovány jako na celek. Kvalitu a rozvoj ošetrovatelské péče dále ovlivňují faktory, jako je ekonomika, věda a technika, legislativa, profesní organizace, požadavky K/P a spousta a spousta dalších faktorů. S tím vším se musí sestra vypořádat. [15, 12, 37, 38, 40]

2.1.2. Všeobecná zdravotní sestra

Kdo je zdravotní sestra? V první řadě sestra patří do nejpočetnější skupiny zdravotnických pracovníků poskytujících profesionální ošetrovatelskou péči. Veřejnost si pod pojmem všeobecná sestra představuje nejčastěji sestru nemocniční vyškolenou na zdravotní škole. Laici si neuvědomují, že všeobecná sestra při výkonu svého povolání nezaujímá pouze roli sestry – ošetrovatelky. Zaujímá i řadu jiných rolí (např. komunikátory, učitelky – mentorky, poradkyně, líderky, manažerky, K/P advokátky) měnících se v důsledku již výše zmíněných ekonomických, politických faktorů, požadavků rodiny, požadavků K/P, systému zdravotní péče a zvyšujících se nároků na odborné vzdělání všeobecné sestry. Rozvoj rolí všeobecné sestry si vyžádal nejen vývoj samotného ošetrovatelství, ale i medicíny. Všeobecná sestra se stává díky své odborné vzdělanosti a kvalifikaci stále více rovnocennou členkou zdravotnického týmu, schopnou pracovat s nemocným samostatně nejen v nemocnici, ale také v péči terénní. [15, 12, 37, 40]

Ošetrovatelskou péči zajišťují dle koncepce ošetrovatelství (viz Příloha 2) mimo všeobecných sester i jiní zdravotničtí pracovníci jejichž kompetence stejně jako kompetence všeobecných sester vymezuje zákon č. 96/ 2004 Sb. Činnosti jednotlivých kategorií ošetrovatelských pracovníků dále vymezuje zvláštní předpis – Vyhláška č. 424/ 2004 Sb. [37]

2.1.3. Příjemci ošetrovatelské péče

Recipienty ošetrovatelské péče jsou konzumenti, pacienti nebo klienti.

Konzument, může jím být jedinec, skupina či společenstvo využívající produkty zdravotnické péče a její služby. Pacient je osoba využívající medicínskou péči nebo léčbu. Slovo pacient je původu latinského a znamená zklidnění, snášení, trpělivost. Klientem pak rozumíme příjemce služeb a rad jiných osob kvalifikovaných tyto služby poskytovat. Řada příjemců ošetrovatelské péče není nemocná, a proto raději užíváme slovo klient. [12, 15]

2.2. Kvalita zdravotní péče

2.2.1. Kvalita – intuitivně vnímaný pojem

Jak uvádí Aristoteles i Kant, kvalita čili jakost, je údaj, odpověď na otázku „Jaký?“. Patří mezi základní kategorie hodnocení stejně jako kvantita. V případě ošetrovatelské péče a její kvality mluvíme o hodnotách převládajících v dané společnosti, také v individuálních hodnotách, co kvalitu definují, myslí se tím politici, tvůrci legislativy, zdravotní personál a díky sílící demokracii i K/P. [49]

A proč není lehké kvalitu zdravotnické péče (lékařská a ošetrovatelská péče) definovat? Můžeme se na ni totiž dívat z mnoha úhlů pohledu. Jinak bude kvalita ošetrovatelské péče vnímána z pohledu sestry, jinak ze strany lékaře, K/P, nebo rodinou K/P. Pohled každého z nás totiž ovlivňují momentální duševní rozpoložení, kultura, předchozí zkušenosti, životní hodnoty, vzdělání, sociální prostředí, věk, pohlaví atd. Ať už budeme hodnotit kvalitu péče z kteréhokoliv úhlu, musíme si však uvědomit, že nejdůležitějším atributem vypovídajícím o kvalitě zdravotní péče je spokojenost K/P. [6, 27]

Světová zdravotnická organizace definovala kvalitu zdravotní péče již v roce 1966, jako souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe. Kvalitu zdravotní péče lze definovat, jako takovou péči, při které můžeme očekávat maximální přínos pro K/P zdraví a kdy získaný prospěch je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu. Zda se někdy podaří přesně definovat kvalitu péče nelze říci, ale víme, že první zmínky o kvalitě lékařské péče byly uvedeny již v Chamurapiho zákoníku, vytesaného kolem 18. století před naším letopočtem v Babylonské říši na dioritovou stuhu. [9]

„Zákon říká, že jestliže chirurg udělal hlubokou incisi do těla svobodného muže a zapříčinil jeho smrt nebo otevřel incisi jeho oko a zničil jeho zrak, má mu být uřato předloktí.“ [Gladkij, 1999, s. 20]

Stejně jako Chamurapiho zákoník také Hippokratova přísaha hodnotí kvalitu lékařské péče v negativním slova smyslu. [9, 12]

I přes drobné zmínky o hodnocení kvality lékařské péče z dob Hippokratovi přísahy a Chamurapiho zákoníku bylo novodobé chápání, měření a řízení kvality dříve používáno hlavně v oblastech průmyslové výroby. V oblasti zdravotnických služeb byla takováto hodnocení nejprve zpochybňována. Plně se začala rozvíjet v 80. letech 20. století. V 90. letech téhož století je kvalita zdravotnické péče chápána jako prioritní téma. [9]

Za zakladatele nového celostního chápání a hodnocení zdravotnické péče je považován Avedis Donabedian (1919 – 2000), profesor veřejného zdravotnictví na univerzitě Michigan, který se celý svůj profesní život zabýval hodnocením kvality zdravotní péče a monitoringu zdravotnických služeb. Své poznatky pak publikoval v řadě knih a článků odborných časopisů. [9, 46]

Do západoevropských zemí se toto novodobé hodnocení kvality zdravotní péče dostalo později. Přímé zdůvodnění významu řízení kvality zdravotní péče najdeme v programu Světové zdravotnické organizace „Zdraví pro všechny“ z roku 1984 v 31. cíli, který zní: „Všechny členské státy by měly ve svých soustavách zdravotní péče vytvořit mechanismy zajišťování kvality péče ve zdravotnických zařízeních.“ Později v programu Zdraví 21 v cíli 16. [7, 10, 5, 46]

S rozvojem zájmu o hodnocení kvality péče vznikají první organizace pro posuzování, řízení a zajišťování kvality zdravotnické péče. V současné době se touto problematikou zabývá např. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations (dále jen JCAHO) založená v roce 1951, se sídlem v Chicagu, udělující akreditace zdravotnickým zařízením v USA. První akreditační manuál této společnosti vznikl roku 1926. Dceřiná společnost JCAHO s názvem Joint Commission on International Accreditation (dále jen JCIA), která se zabývá akreditacemi ve světě. Od roku 1999 bylo po světě akreditováno na 42 nemocnic, z nichž se akreditací v ČR může pyšnit Ústřední vojenská nemocnice, nebo Nemocnice Na Homolce a další. Aby posuzované zařízení prokázalo splnění podmínek mezinárodní akreditace, je po něm vyžadována shoda ve více než 300 standardech stanovených mezinárodní odbornou komisí. Akreditace se uděluje na tři roky a po té musí zdravotnické zařízení požádat o reakreditaci. Provádí se pomocí místního šetření inspektorů zaměřených na poskytování

péče K/P, rozhovory se zaměstnanci a K/P, posouzení vnitřních předpisů hodnoceného zařízení, výsledky vlastního hodnocení zařízení. [44, 9, 10, 13]

Všechny jmenované organizace poskytují v celosvětovém měřítku informační zdroje z této oblasti, dále určují směr a zaměření, kterým se bude hodnocení kvality zdravotnické péče dále ubírat. [7, 8, 46, 26]

Systémové modely zvyšování kvality zdravotní péče, které napomáhají kontinuálnímu zvyšování – JCAHO, vydala již v roce 1926 první manuál nemocničních standardů a dodnes ovlivňuje akreditační modely nejen v USA, ale také v ostatních zemích světa. Její standardy jsou zdrojem i pro přípravu některých českých nemocnic ke vstupu do mezinárodních zdravotnických oblastí. [7, 46, 26]

International Standards Organisation (dále jen ISO), se sídlem v Ženevě. V souvislosti norem ISO a zdravotnictví mluvíme o tzv. certifikaci, oprávnění k činnosti. Těmito certifikacemi musí procházet např. lékárny, laboratoře, transfúzní stanice, ale také firmy zabývající se zdravotním stavebnictvím. Pokud chce zdravotnické zařízení certifikaci získat, musí vyhovět určitým normám stanoveným touto organizací a plnit je i po udělení certifikace. Národním zástupcem ISO v ČR je Český normalizační úřad. International Society for Duality in Health care (dále jen ISQua), mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví. Touto organizací byly vytvořeny standardy Agenda for Leadership in programs in Healthcare Accreditation (ALPHA), vytváří a vylepšuje nejen své vlastní standardy, ale využívá i principy ISO a kritéria dle Baldrige. Je výrazně ovlivněna myšlenkami Avedise Donabediana. The european Foundation For Quality Management (dále jen EFQM), založena roku 1988 čtrnácti významnými evropskými společnostmi (Nestlé, BOSCH, Volkswagen aj.) má za úkol vést ke kvalitě organizace v Evropské Unii (dále jen EU). Sdružuje více než 700 členů z více než 50 zemí světa. Řídí a dohlíží na proces udílení Evropské ceny pro jakost, vlastní produkt – Model excellence EFQM. Tato organizace využívá systémového modelu zvyšování kvality Total Quality Management (dále jen TQM). [39, 28, 11, 13, 47]

Pokud budeme hovořit o hodnocení kvality zdravotní péče v České republice, je nutno zmínit, že vzhledem k politické situaci a hospodářskému uspořádání před rokem 1989 byla oblast hodnocení kvality výrazně limitována a využívána zejména v

průmyslové výrobě. Ve zdravotnické sféře patřila pozornost proočkovanosti obyvatel, analýze mateřské a kojenecké úmrtnosti atd. Po roce 1989 začíná ČR přebírat osvědčené postupy rozvinutých zemí a oblast hodnocení kvality zdravotnické péče zažívá velmi významný pokrok. Od roku 1998 provádí Česká lékařská společnost Jana E. Purkyně a Česká lékařská komora pod záštitou Ministerstva zdravotnictví ČR (dále jen MZČR) rozsáhlou přípravu zdravotnických standardů. Spojená akreditační komise (dále jen SAK), založená Asociací nemocnic ČR a Asociací českých a moravských nemocnic roku 1998 na základě metodického pokynu Ministerstva zdravotnictví. Z iniciativy tohoto nezávislého orgánu vznikla vyhláška s 50 akreditačními standardy. Pokud zdravotnické zařízení vyhovuje těmto akreditačním standardům, získává platný akreditační certifikát na 2 – 3 roky, který má platnost pouze na území ČR. Radu kvality zdravotnické péče a roku 2006 odbor kvality zdravotnické péče. Dále Centrum pro kvalitu ve zdravotnictví (dále jen CeKZ) ČR založené 25. září 2001, na základě doporučení Rady pro kvalitu ve zdravotnictví. Toto centrum spravuje a tvoří informace týkající se kvality a bezpečnosti ve zdravotnictví, pomáhá při tvorbě standardů a indikátorů. Rozšiřuje mezinárodně uznávané systémy a modely napomáhající soustavnému zvyšování bezpečnosti a kvality v oblasti zdravotnictví, hodnotí kvalitu a míru bezpečnosti poskytnutých zdravotnických služeb atd. Výbor pro akreditaci ve zdravotnictví, založen 22. října 2001 MZČR, vznikl pro přípravu na mezinárodní akreditaci ve zdravotnictví. Koordinuje dva na sobě nezávislé akreditační systémy a to akreditace ve zdravotnictví a hodnocení akreditace v oblasti posuzování shody výrobků a technických činností zajišťovaná Českým institutem pro akreditaci (dále jen ČIA), Státní úřad pro kontrolu léčiv (dále jen SÚKL), státní organizace, dohlížející na kvalitu a správnost výroby, distribuce, skladování léčiv a udělující certifikaci lékárnám. Tyto organizace spolu velice úzce spolupracují a jejich úkolem je kontinuální řízení zvyšování kvality zdravotnické péče. [7, 9, 44, 12, 13, 27, 41]

Kvalitní ošetrovatelská péče, komplexní pojem, který v dnešní době charakterizuje jasná a přesná koncepce ošetrovatelství, týmová práce odborně připraveného a motivovaného personálu. Ošetrovatelská péče poskytovaná prostřednictvím ošetrovatelského procesu, ve kterém si ošetrovatelský tým stanovuje reálné cíle odvozené od potřeb K/P a na níž se K/P aktivně podílí. Praxi podkládá vědecký výzkum, moderní technické vybavení pracovišť, personál dodržující profesionální etický kodex a v neposlední řadě ji doplňuje také úzká mezioborová spolupráce. Na

všechny jmenované oblasti se zaměřují výše zmíněné systémy hodnocení kvality ošetrovatelské péče vytvořené za účelem jejího dlouhodobého kontinuálního sledování a zvyšování. Proto, aby tyto systémy byly účinné, musí obsahovat významné kroky monitorování současné praxe, stanovení konkrétních metod hodnocení kvality (např. ošetrovatelský audit) a základní prvky jako je jasně stanovený cíl, hodnota, definice kvality, specifické ošetrovatelské standardy, které jsou dodržovány, personál a organizace oprávněné k monitorování a hodnocení zda bylo dosaženo definované kvality péče. [5, 26, 12]

2.2.2. Akreditace

Pojem akreditace vychází z latinského slova „crede“ – důvěřovat. Pokud bychom chtěli volně vyložit význam akreditace do českého překladu slovníky nám poskytnou výrazy jako způsobilý, zplnomocněný, důvěryhodný apod. Netýká se pouze zdravotnických zařízení, může se týkat vzdělávacích institucí, programů nebo jednotlivých osob. [44, 26, 4,]

Akreditace a její historie ve světě je spjata s úsilím o zajištění kvality zdravotní péče v době, kdy ji zastínil ve velké míře zájem o kontrolu nákladů. Kvalita služeb a výrobků byla v tuto dobu proměnlivá a vyžádala si vytvoření managementu kvality. Nejprve byl tedy management kvality vytvořen v oblasti průmyslu a později se jím nechalo inspirovat i zdravotnictví v USA a nakonec i zdravotnictví celého světa. V USA v tuto dobu vznikla JCAHO, která ustavila roku 1926 první soubor standardů, povinné ošetrovatelské a lékařské audity během roku. [44]

V České republice začal výrazný vývoj v této oblasti po roce 1989. Roku 1994 vznikl projekt „Akreditace nemocnic.“ Pracovní skupinu tohoto projektu tvořily zástupci: MZČR, ČLK, asociací nemocnic a pojišťoven, Česká asociace sester(dále jen ČAS), Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (dále jen ÚZIS a ředitelé vybraných nemocnic. Projekt byl inspirován modelem americké JCAHO. S vytvořením Spojené akreditační komise ČR (dále SAK-ČR) byl projekt roku 1998 ukončen. Toho samého roku vyšly ve Věstníku č. 7 MZČR akreditační standardy. První nemocnice byla v ČR akreditována 1999 a později další a další (viz. Příloha 3). [44, 30]

Akreditace znamená určitý závazek kontinuálního zvyšování kvality zdravotnické péče pro zdravotnické zařízení, zajištění bezpečného prostředí a snížení počtu rizik jak pro K/P tak pro zaměstnance. I přesto, že jsou akreditace dobrovolné, jen málo zemí na světě si je může dovolit nerespektovat. Pověření o splnění určitého standardu kvality vydává vládní nebo nevládní subjekt. Toto pověření je nutno pravidelně obnovovat a pakliže není daný standard dodržován je akreditace zdravotnímu zařízení příslušným orgánem odejmuta. [4, 44, 26, 25, 33]

Akreditace s sebou přináší řadu výhod nejen pro zdravotnická zařízení, ale i pro uživatele (K/P), pro plátce (zdravotní pojišťovny) a pro komunitu/obec. [44]

2.3. *Metody měření a hodnocení kvality*

Pokrok v oblasti kvality, touha po zlepšení délky a kvality života, návratu funkcí, omezení bolesti vede k tomu, že součástí každého programu kontinuálního zvyšování kvality musí být i jeho soustavné hodnocení. Toto měření nelze realizovat pouze jedním činitelem, abychom mohli jednotlivé prvky porovnávat a musí být pečlivě zakomponováno spolu s dalšími neméně podstatnými procesy do měření.

Zdrojem informací pro hodnocení kvality zdravotní péče slouží:

- Indikátory kvality
- Zdravotnický audit
- Informace od K/P a jiných interních nebo externích klientů
- Informace externích odborníků [9, 44, 43]

O těchto čtyřech zdrojích informací Christopher Wilson tvrdí, že nejméně věcné jsou informace od K/P. Nejvíce užívané jsou indikátory kvality, dále názory inspektorů a externích pracovníků, které mají pro takováto hodnocení největší a zároveň rozhodující význam. [44, 43]

2.3.1. Indikátory kvality/ - měřitelná kritéria

Přesně měřitelný údaj, vypovídající o procesu (čekací doba na příjem, procento výskytu nozokomiálních -nemocničních nákaz, úroveň zdravotnické dokumentace atd.), struktura (kvalifikace lékařů/sester, technické vybavení, protipožární vybavení, počet zaměstnanců atd.), výsledcích důležitých stanovisek (náklady na lůžko/den, počet stížností, mobilita při propuštění v porovnání s příjmem) a specificky se vztahující ke kvalitě ukazují, zda bylo daného standardu nebo směrnice dosaženo. K tomu, aby nám indikátory napomáhaly při zvyšování kvality péče musí být smysluplně formulovány. Jedná se vždy o číslo, kvantitu vypovídající o kvalitě. Směřují nejen pozitivním, ale i negativním směrem. Jedná se totiž o data varující před chybami. Jsou statistickým údajem, nerozvíjejí kvalitu tudíž vyžadují hlubší prozkoumání a nejsou neomylné. Klinické indikátory slouží, jako ukazatel kvality pro danou klinickou specializaci – lůžkové oddělení, rentgenologická oddělení, personální oddělení atd. [9, 44, 43]

2.3.2. Literatura indikátory dále dělí na:

Indikátory poměrové – předmětem zájmu je počet, průměr a poměr. Obsahují čitatele (např. počet rehospitalizací, císařských řezů, atd.) a jmenovatele (počet K/P). [9, 43, 44]

Indikátory sentinelové (strážní) - z velké části se zaměřují na mimořádné události a setkáme se s nimi v managementu hodnocení rizik. K hlavnímu zájmu strážních indikátorů patří: reoperace, smrt K/P během chirurgického zákroku, nežádoucí reakce na léky, terapeutická chyba vedoucí k poškození K/P, komplikace u zavedeného centrálního žilního katétru, průměrná doba hospitalizace po operačním výkonu, pád K/P s následným úrazem. Zdrojem získávání těchto informací je Kniha přání a stížností a Kniha mimořádných událostí. [9, 43, 44]

2.3.2.1. Dle priorit určujeme pořadí indikátorů

1. **Priorita – indikátory rizik**, ve stupnici priorit stojí na prvním místě z důvodu nutnosti jejich včasného vyhodnocení a případného řešení.

2. **Priorita – indikátory klíčové**, vypovídají o práci na daném oddělení, počet hospitalizovaných K/P, průměrná doba hospitalizace na oddělení, nemocnost zaměstnanců. Měly by podléhat měsíčnímu hodnocení.
3. **Priorita - indikátory popisné**, nejsou tak důležité, jako předchozí jmenované, ale může nastat situace, kdy se dostávají do klíčového postavení indikátorů.
4. **Priorita – nedůležitá data**, tyto indikátory nabízejí informace, které mohou posloužit pro rozšíření jiných indikátorů, jsou postradatelné pro kvalitu péče. [4, 43, 44]

2.3.2.2. Globálně slouží pro porovnání kvality jednotlivých zdravotnických zařízení těchto 10 indikátorů:

- Moralita (úmrtnost) hospitalizovaných K/P
- Pooperační mortalita (úmrtnost)
- Mortalita (úmrtnost) novorozenců
- Nozokomiální (nemocniční) nákazy
- Počet císařských řezů
- Infekce operačních ran
- Neplánovaný návrat K/P na JIP
- Neplánované znovupřijetí K/P
- Neplánované přijetí K/P po ambulantním chirurgickém zákroku
- Neplánovaný návrat K/P na operační sál [4, 43, 44]

Výběr nejlepších indikátorů kvality ošetrovatelské péče nám usnadní vhodně nastavená kritéria, důležitost, validita, senzitivita a profesionální respekt. Umožňují efektivní monitorování v rámci systémových modelů pro rozvoj a řízení kvality EFQM nebo ISO. Dnešní management kvality péče si bez využívání informací získaných podle indikátorů kvality nedovedeme představit. [44, 9, 5, 12]

2.3.3. Standardizace a ošetrovatelské standardy

V každém prostředí, ať vezmeme na vědomí prostředí společenské nebo pracovní, probíhají určité procesy a struktury, které jsou nějakým způsobem normovány –

standardizovány. Proto je nutné každý proces smysluplně definovat a zaměřit na konkrétní cíl, kterého chceme dosáhnout. Dopředu dohodnutý stupeň dosažení stanoveného cíle nazýváme standard měřitelný pomocí indikátorů. V případě této bakalářské práce je zvoleným cílem hodnocení kvality zdravotní péče skrze míru spokojenosti K/P s ošetrovatelskou péčí. S ohledem na kvalitu péče nám pak standardizace umožňuje eliminaci postupů nezaručujících dostatečnou kvalitu, nebo také postupů, zaručujících skvělou kvalitu, ale z hlediska nároků jsou nedostupné. [5, 7, 9, 32]

2.3.3.1. Standard –lat. Norma

Je odsouhlasená úroveň kvality odborníky nebo odbornými organizacemi (SZO, ICN, EU). [44]

Podle Donabediana a dalších odborníků pojem standard „*znamená určitou přísně psanou kvantitativní a kvalitativní úroveň kritéria péče, jež je v daném okamžiku či době považována za výraz dobré kvality péče.*“ [Gladkij, 1999, s. 31]

Jedná se o jednotné měřítko, základ pro měřitelné hodnocení kvalitní úrovně poskytované péče poskytovatelem, zároveň popisuje doporučený postup daného procesu, aby byla dodržena stanovená kvalita a efektivita procesu. [7, 9, 5, 32]

2.3.3.2. Ošetrovatelské standardy

Vůbec první standardy ošetrovatelské péče byly publikovány roku 1918 v USA, novodobé ošetrovatelské standardy vyšly v 70. letech 20. století, vznikly na základě Charty práv nemocných také v USA. Přestože každá země a stát si stanovili vlastní parametry pro tvorbu standardů, jsou pro vyspělé státy stanoveny všeobecně platné normy při poskytování zdravotní péče mezinárodními organizacemi a transformovány v koncepci ošetrovatelství daného státu nebo země. [12, 6, 5, 32]

Standardy ošetrovatelské péče se zaměřují na aspekty kvalitní ošetrovatelské péče. V ČR jsou vydávány jako právní předpisy nebo metodická opatření MZČR – Metodické opatření č. 9/ 1998 o koncepci ošetrovatelství, Národní politika podpory jakosti – usnesení vlády č. 458/ 2000 – Rada ČR pro jakost a příkaz ministra č. 22/ 2006. Základní význam ošetrovatelských standardů spočívá ve zvyšování kvality ošetrovatelské péče, neboť vymezují její minimální úroveň, která má být K/P

poskytnuta. Chrání všeobecnou sestru a ostatní zdravotnické pracovníky před neoprávněným postihem (důkaz dodržení směrnic), jsou možností objektivního hodnocení ošetrovatelské péče. Všeobecná sestra a ostatní zdravotničtí pracovníci musí mít na paměti, že nedodržení standardu znamená ohrožení zdravotního stavu K/P a zároveň jeho spokojenosti. Proto mají ošetrovatelské standardy význam i pro K/P, kdy mu zajišťují určitý pocit bezpečí a hlavně spokojenosti díky zajištění alespoň minimálního standardu kvality. V případě zdravotnických zařízení by ovšem bylo nevhodné mluvit o minimálním standardu trendem dnešní doby je v takových zařízeních poskytovat maximální možný standard a zároveň dnes každá nemocnice pomocí nejrůznějších metod průběžně hodnotí kvalitu svojí péče jež nabízí K/P a vydává ji k nehlédnutí ve výročních zprávách na svých internetových stránkách. K/P má díky těmto zprávám možnost zvolit si to nejlepší pracoviště. [12, 6, 5, 32]

2.3.3.3. Typy standardů

Standardy strukturální – manažerské standardy ustanovují nejlépe vyhovující přístrojové vybavení, nástroje pro komunikaci a integraci, organizační směrnice poskytování zdrojů vedení personálu, organizaci zdravotnických služeb. Pro zajištění kvalitní péče se zaměřujeme na speciální a odbornou kvalifikaci jednotlivých profesí, podílejících se ať už přímo či nepřímo na zdravotní péči, definování kompetencí a celoživotní vzdělávání pracovníků. [9]

Legislativní normy z nichž mohou strukturální standardy při zpracování na lokální úrovni.

- Zákon č. 96/2004 Sb. o způsobilosti zdravotnických nelékařských pracovníků (Kvalifikace zdravotnických pracovníků a vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu)
- Vyhláška 423/2004 Sb., o kreditním systému (celoživotní vzdělávání)
- Vyhláška 424/2004 Sb., o náplních činnosti (kompetence)
- Nařízení vlády č. 463/2004, specializační vzdělávání (speciální kompetence)
- Vyhláška č. 39/2005 Sb. minimální požadavky na vzdělávací programy (kvalifikační vzdělávání)
- Vyhláška č. 331/2007 Sb. (počty zdravotnických pracovníků)

- Koncepce ošetrovatelské péče ČR, aplikace ošetrovatelského procesu do praxe, vedení ošetrovatelské dokumentace, etické kodexy (viz. Příloha 4)
- Práva nemocných (viz. Příloha 5) [29]

Standardy procesuální – (standardy ošetrovatelské péče, řídicí), definují specifické ošetrovatelské činnosti a postupy, které jsou definovány zejména pro zajištění bezpečného postupu pro K/P i zdravotnického personálu a zajišťují jednotnou péči, zahrnují dále měřítko spokojenosti K/P s poskytovanou péčí. K tomu abychom dosáhly cíle konkrétního standardu, musíme splnit řadu kritérií zaměřených na strukturu, proces i výsledek a zvyšují pravděpodobnost kvalitního výsledku. [5, 44, 9, 32]

Standardy zaměřené na výsledek – (standardy monitorovací), patří mezi ně hodnocení spokojenosti K/P, spokojenosti personálu, metody pro měření, analýzu a monitorování, výskyt nežádoucích jevů např. dekubity, pády apod. [5, 44, 9, 32]

Někteří autoři uvádějí ještě skupinu:

Standardy obsahu – pomocí nichž sestra komunikuje s ostatními zdravotnickými pracovníky nebo obory na podkladě ošetrovatelských rozhodnutí. Např. data, která musí být zaznamenány v ošetrovatelské dokumentaci a předány zdravotnickému, dále edukace a komunikace s K/P, jeho rodinou a přáteli. [5, 44, 9, 32]

Závaznost standardu vyplývá z toho, zda vychází ze zákona, podzákonné normy, takové standardy musí dodržovat všichni ti, kterých se týkají. Pokud standard vyhlásila profesní sesterská organizace, musí jej dodržovat všichni členové organizace. Lokální standardy se pak týkají pouze práce konkrétního personálu, nebo daného pracoviště, jemuž byly určeny. [5, 44, 9, 32]

2.3.4. Ošetrovatelský audit

Audit (z lat. auditus, slyšet), úřední prozkoumání dokumentů, nezávislou osobou. Úkolem auditu je zjištění dosahování standardu v praxi a objektivně zhodnotit kvalitu vnitřní kontroly firmy, v našem případě zdravotnického zařízení. Zaměřuje se

především na objektivně měřitelné stránky kvality. Spokojenost K/P představuje subjektivní chápání kvality a její objektivní zhodnocení je náročnější. [44, 5,]

První zdravotní setrou zmiňující pravý účel ošetrovatelského auditu byla Florence Nightingalová. Roku 1863 řekla: „ Zdravotnická dokumentace by měla ukázat pacientům, jak bylo naloženo jejich finančními prostředky, kolik dobrého bylo vykonáno za tyto finanční prostředky a zda tyto prostředky nepřinesly pro ně více škody než užitku.“ [Škrála, Škrlová, 2003, s. 108]

Audity představují nezanedbatelnou součást každého hodnocení kvality péče ve zdravotnickém zařízení, která je předem definována za pomoci, směrnic, zákonů, opatření a standardů. Z obecného hlediska dělíme audity na audity externí, prováděný nejrůznějšími kontrolními orgány a audity interní, zajištěné pracovníky zdravotnického zařízení v rámci jednotlivých oddělení. Můžeme je dále dělit z hlediska plánování a to na audit plánovaný, prováděný v celé organizaci s předem určeným datumem konání a audit neplánovaný pro ověření určených nápravných opatření. [44, 5]

Ošetrovatelský audit vyhodnocuje ošetrovatelskou praxi s cílem zlepšení kvality ošetrovatelské péče. Hlavním nástrojem ošetrovatelského auditu je hodnocení ošetrovatelského procesu dokumentovaného v chorobopisu propuštěných K/P. Cílem je objektivní zhodnocení možných slabin v procesu, jejich rychlá náprava, ne hledání chyb v práci sester. Ošetrovatelský audit zahrnuje partnerský postup, je vždy předem oznámen (harmonogram auditů stanovuje na celý rok hlavní sestra a je k nahlédnutí pro vrchní a staniční sestry), hodnotí zda současná praxe využívá všech dostupných zdrojů, je prováděn týmem vedeným manažerkou programu kontinuálního zvyšování kvality. Výsledky nejsou zveřejňovány a je s nimi obeznámeno jen oddělení, kde audit proběhl. Sestry na oddělení vypracují plán pro nápravu zjištěných problémů, který i s kopií výsledků předávají manažerovi kvality. [44, 5]

Rozlišujeme čtyři druhy ošetrovatelských auditů. Prvním z nich je retrospektivní revize, čili revize chorobopisů propuštěných K/P. Následuje audit implementace ošetrovatelských standardů, kontrola zda se stanovené standardy dodržují. Třetí druh, algoritmový audit, hodnotí dlouhodobý záměr činnosti k dosažení užitečného cíle z pohledu dohodnutých procesů a jejich možností (klinické postupy a mapy péče). Poslední a zároveň čtvrtý druh je audit výsledků péče, který si klade otázku: Bylo to k něčemu? Z čehož vyplývá zaměření na přínos praxi. [44, 5]

2.4. Spokojenost K/P

2.4.1. Spokojenost K/P, indikátor kvality zdravotní péče

Péče musí uspokojovat K/P, případně uspokojovat očekávání K/P. Řada kliniků a ostatních zdravotnických pracovníků však nesdílí toto stanovisko. Tvrdí, že K/P není adekvátním kritikem a není tudíž schopen ohodnotit úroveň kvality péče jemu poskytnuté. Tento názor vychází z přesvědčení o dokonalosti dnešní technické vybavenosti zdravotnických zařízení a vyspělosti léčebných a diagnostických metod. Úkolem zdravotníků by mělo být oproštění od těchto přesvědčení a uvědomění si, že názor K/P je důležitým, ale ne jediným hodnotícím kritériem. Na hodnocení úrovně kvality péče se musí podílet všichni její účastníci, K/P nevyjímaje. Validní kritéria z pohledu K/P v oblasti makrosystému jsou ta, která se zaměřují na přístup K/P ke zdravotní péči: Dostupnost zdravotní péče pro K/P a to prostorovou (síť zdravotnických zařízení), časovou dostupnost (urgentní medicína, pohotovost) a dostupnost cenovou (pojištění, výše příjmů pro případné osobní hrazení poskytovaných služeb). Z hlediska mikrosystému se pak K/P mohou při posuzování vyjádřit k výsledkům léčebné a preventivní péče, struktuře péče, nebo procesu zdravotní péče. Při všeobecném shrnutí této problematiky mohou K/P adekvátně hodnotit tato kritéria: Včasnost zásahů v případě urgentních případů, způsob chování zdravotnického personálu ke K/P, úroveň komunikace zdravotnického personálu s K/P, podmínky pro osobní hygienu, vybavenost pokojů a sociálních zařízení, informování K/P o zdravotním stavu a diagnostických a léčebných postupech, čekací doby na vyšetření a ošetření a samozřejmě subjektivní vnímání výsledků léčby. Výzkumy tohoto druhu jsou významným zdrojem informací nejen pro K/P, který si může vybrat dle vlastního uvážení kvalitní zdravotnické zařízení, ale také pro management kvality nemocnic, který má dozajista neustálou tendenci ke zvyšování kvality služeb poskytovaných K/P. Zároveň slouží, jako výborná příprava na neustále rostoucí nároky K/P na kvalitu poskytované péče. [9, 44, 34]

2.4.2. Hodnocení spokojenosti K/P u nás a ve světě

V České republice se spokojenost K/P začala monitorovat v 90. letech 20. století. Ne, že by se spokojenost dříve nesledovala, ale právě tato doba vzhledem ke změně politické, sociální a ekonomické situace byla tím pravým impulsem. První aktivity tohoto druhu se objevily ještě před 90. léty 20. století v Ústavu sociálního lékařství a organizace zdravotnictví Praha. V 90. letech se výzkumem tohoto druhu začala zabývat Škola veřejného zdravotnictví Institut postgraduálního vzdělání ve zdravotnictví. Za posledních 20 let zájem o názory K/P stále stoupá, demokracie v našem státě a svoboda projevu tento trend vyžadují a vzhledem k tomu, že zdravotní péče zastává teorii filozofického směru – holismu musíme si uvědomit, že uspokojování základních potřeb a vyhovění přáním K/P je na prvním místě. Spokojený K/P totiž důvěřuje nejen lékařům, ale také zdravotním sestrám a jeho spokojenost má nezanedbatelný vliv na průběh léčebného procesu. [9, 1, 31]

Velice váženou osobností v oblasti sledování spokojenosti K/P je Harvey Picker. Harvey Picker a jeho žena Jean byli přesvědčeni, že americké zdravotnictví a jeho systém je na vysoké úrovni po vědecké i technologické stránce. K/P, jeho pohodlí, zájmy a projevené potřeby nejsou však na úkor této vyspělé úrovně dostatečně a citlivě ošetřeny. Roku 1986 založil Harvey Picker společně se svou ženou Pickem Institut v Bostonu, jedná se o neziskovou organizaci zabývající se podporou zájmů K/P. K/P je středem zájmu péče. Veškeré hodnoty K/P, jeho preference a vyjádřené potřeby jsou plně respektovány. Picker Institut dále podporuje vzdělávání a výzkum, jehož středem zájmu je K/P a cílem je zajištění vysoké kvality poskytnuté zdravotní péče. [48, 35, 36]

Kvalita zdravotní péče může být zlepšována jen tehdy, pokud na ni budeme pohlížet očima K/P. Tímto heslem se řídí při monitoringu spokojenosti K/P nejen výzkumní pracovníci v Picker Institutu, ale také projekt propagovaný společností pro marketingový výzkum STEM/MARK a.s. nazvaný „Kvalita Očima Pacientů“. RNDr. Tomáš Raiter tímto projektem navázal na průkopnickou činnost započatou RNDr. Miroslavem Bílkem podporovaným Sdružením fakultních nemocnic.[35, 36, 31, 14]

Společnost STEM/MARK a.s. spolupracuje od roku 2001 s MZČR a monitoruje kvalitu zdravotní péče pomocí dotazníku „Kvalita Očima Pacientů“ (viz Příloha 6) v krajských nemocnicích. Dotazník vychází právě z osmi pickerovských dimenzí pro

hodnocení spokojenosti K/P. Každá z dimenzí charakterizuje určitou oblast zdravotní péče o K/P a v dotazníku agentury STEM/MARK a.s. je obsažena 3-10 otázkami. [31, 14]

Pickerovy dimenze

- Přijetí do nemocnice – průběh přijetí do nemocnice
- Respekt, ohled a úcta – přístup ke K/P s úctou a respektem, zahrnutí K/P do rozhodování o léčbě a dalších postupech, strach ze ztráty anonymity a identity
- Koordinace a integrace péče – uspořádání klinické péče, schopnosti poskytovatelů péče
- Informace, komunikace a vzdělávání – poskytnutí informací zdravotním stavu, vyšetřeních
- Tělesné pohodlí – čistota, pohodlí, příjemné prostředí a vybavení
- Citová opora a zmírnění strachu a úzkosti – dopad nemoci na rodinu, finanční situaci rodiny, prognóza
- Zapojení rodiny a přátel – sociální a citová opora K/P
- Propuštění a pokračování péče – poučení o užívání léků po propuštění, jak sledovat nebezpečné signály [31]

2.4.3. Modely spokojenosti K/P

2.4.3.1. Model postavený na dosažení určitých hodnot spokojenosti v definovaných dimenzích

Spokojenost je charakterizována jako pozitivní hodnocení určitých dimenzí zdravotní péče. Tyto dimenze jsou založeny na zkušenostech a analýze dat získaných při výzkumech. [1]

Ware popsal osm dimenzí péče: finanční záležitosti, technická kvalita, umění pečovat, dostupnost péče, přiměřenost, účinnost, kontinuita. Později byl tento počet zredukován, protože na základě dalších výzkumů bylo zjištěno, že některé dimenze K/P

nerozlišují např. umění pečovat od technické kvality, nebo dostupnost péče od přiměřenosti péče. [1]

Hulka, americký sociolog, udává tři širší dimenze spokojenosti a to: spokojenost s cenou péče, profesionální kompetenci a interpersonální kvalitu. Spokojenost s cenou péče je charakteristická pro americkou společnost, kde si větší část zdravotní péče hradí samotný K/P a tudíž právě cena péče hraje nezanedbatelnou roli ve spokojenosti K/P. [1]

V české republice Všeobecná fakultní nemocnice definovala tři dimenze. Dimenzi kvality péče, charakterizovanou spokojeností K/P s technickou kvalitou, s odbornými pravomocemi sester a lékařů a spokojeností s přístupem zdravotnického personálu ke K/P. Druhá dimenze, dimenze hotelových služeb zahrnuje spokojenost s čistotou a hygienou nemocnice, stravu a servírování stravy. Třetí dimenze poskytování informací je zaměřena na kvalitu informací poskytnutých K/P o jeho zdravotním stavu, průběhu hospitalizace, léčbě a diagnostických postupech. Informace poskytnuté K/P před propuštěním z nemocnice hrály z hlediska spokojenosti K/P podle výzkumů největší význam. [1]

2.4.3.2. Model postavený na splnění přání K/P, fulfilment model

Fulfilment = splnění vyplnění

Tento model chápe spokojenost jako vztah mezi přáním K/P, jeho očekáváním a tím, co se domnívá, že dostal. Spokojenost pak ukazuje, jak dalece byla tato přání a očekávání splněna. V první řadě klademe důraz na přání K/P, druhotně se soustředíme na reálnou zkušenost s péčí a rozhodující jsou v tomto modelu sociodemografické znaky (věk, pohlaví, vzdělání, osobnost K/P). [1]

Tento model může být obměněn do tzv. diskrepantního modelu, kdy se nám proměnné prohodí a více než očekávání K/P je důležitost přisuzována reálné zkušenosti K/P. [1]

Like a Zyzansky popisují požadavky a skutečné očekávání K/P pomocí následujících kritérií: lékařské informace, psychosociální asistence, terapeutické naslouchání, všeobecné lékařské rady a biomedicínká léčení. Spokojenost K/P determinuje stupeň, kterým jsou jednotlivé požadavky se vztahem k těmto oblastem splněny. [1]

2.4.3.3. Pragmatický (elektrický)model spokojenosti K/P

Autorem je anglický sociolog R. Baker, který se pokouší svým modelem o přehledné zachycení faktorů (charakter onemocnění, typ poskytnuté péče)podstatných pro ovlivnění spokojenosti K/P. Zachycuje jejich vzájemný vztah a míru, kterou tyto vztahy ovlivňují spokojenost K/P. [1]

Ke zjišťování mínění K/P o kvalitě péče ve zdravotnických zařízeních využíváme metod kvantitativních, kvalitativních nebo kombinaci obou zmíněných metod. Mezi nejčastější metody patří: přímé pozorování, zúčastněné pozorování, poštovní a telefonické ankety, dotazníky vyplňované K/P, průzkumy mezi cílovými skupinami, Interview a obsahová analýza. [1, 9]

2.4.4. Metoda měření spokojenosti K/P

2.4.4.1. Focus groups

Spokojenost K/P můžeme měřit pomocí metody zvané focus groups, cílené rozhovory. Tato metoda slouží k získávání kvalitativních informací od klientů a zpětné vazbě. Je využívány nejen ve zdravotnictví, ale také v politice a marketingovými společnostmi. Ve zdravotnictví slouží jako nástroj programu kontinuálního zvyšování kvality.Rozhovory je možné realizovat s externími (K/P, veřejnost) i interními (zaměstnanci daného zdravotnického zařízení) klienty. Co se týče efektivity je tato metoda účinnější než dotazníkové metody. Focus groups se uskutečňují na neutrální půdě s citlivě vybranou skupinou K/P, kteří mají jeden nebo dva dny před propuštěním. Důležitým atributem je pohoda a klid všech zúčastněných rozhovoru. Rozhovor je vedený odborníkem a to vždy tak, aby byl pro K/P motivující a zároveň mu nabízel možnost kooperace a podílu na dalším zkvalitnění péče a prostředí zdravotnického zařízení. [44]

Metoda focus groups stejně jako dotazníkové metody disponuje řadou pozitiv i negativ. Nejúčelnější informace nám poskytují tyto metody, použijeme-li je dohromady.
[44]

3. Empirická část

3.1. Vymezení cíle a formulace hypotéz

3.1.1. Cíl:

Zjištění míry spokojenosti K/P s ošetrovatelskou péčí na standardním oddělení.

3.1.2. Hypotézy:

Hypotéza 1.

Myslím si, že více než 70% K/P je spokojeno při uspokojování základních potřeb a s odbornou ošetrovatelskou péčí poskytovanou všeobecnými sestrami.

Hypotéza 2.

Domnívám se, že 60% K/P se setkává s úctou, respektem a profesionálním přístupem od všeobecných sester.

Hypotéza 3.

Domnívám se, že více než 80% K/P je spokojeno s komunikací mezi K/P a všeobecnou sestrou.

3.2. Metodika výzkumu

3.2.1. Výběr zkoumaného souboru

Již výše zmíněným cílem bakalářské práce bylo zmapování spokojenosti K/P s ošetrovatelskou péčí. Do výzkumného šetření bylo náhodným výběr zapojeno 113 dotazovaných, hospitalizovaných na standardních odděleních (interní oddělení, chirurgické oddělení, oddělení ORL a oddělení LDN) KNL a.s. (viz. Příloha č. 7)

3.2.2. Výběr metody šetření

Pro ověření hypotéz stanovených v rámci bakalářské práce byla zvolena, vzhledem k problematice a požadovanému počtu respondentů metodologie kvantitativního výzkumu, pomocí dotazníkové metody. Výhodou dotazníkové metody je jednoznačná formulace otázek bez emocí dotazovaného, možnost hromadného počítačového zpracování a v neposlední řadě také anonymita. Nevýhodou je pak možné nepochopení, nemožnost opravy a případného doplnění.

3.2.2.1. Sestavení dotazníku

Oslovení K/P, stručné shrnutí zkoumané problematiky, účel výzkumu a představení výzkumníka byli řazeny spolu s instrukcemi pro vyplnění do úvodu dotazníku. Anonymní dotazník byl určen pro K/P hospitalizované na standardních odděleních KNL a.s.

Dotazník byl sestavený z 23 uzavřených otázek s možností výběru odpovědi, respondent si mohl vybrat vždy jednu vhodnou odpověď. Otázky s označením S1 – S4, řazené za úvod dotazníku zjišťovali, sociodemografické charakteristiky. Otázky 1-4 byly zaměřeny na přijetí do nemocnice, otázky 5-9 se zaměřovaly na samotný pobyt v nemocnici. Spokojenost K/P s přístupem všeobecných sester k jejich osobě zjišťovaly otázky 10-19, od otázky 20 až po otázku 23 respondenti odpovídali na otázky s obecným hodnocením zdravotnického zařízení. V poslední části dotazníku měl každý dotazovaný prostor pro další vyjádření k tématu.

Na základě osobního kontaktu s hlavní sestrou nemocnice, mi byl dán souhlas s provedením výzkumného šetření. Po následném kontaktu s vrchními sestrami

jednotlivých oddělení mi byl umožněn vstup na daná oddělení, obeznámení K/P s tématem dotazníkového šetření a provedení samotného výzkumného šetření.

3.2.3. Pilotní studie

V lednu 2009 byl provedena pilotní studie, kdy bylo o vyplnění požádáno 10 respondentů se záměrem ověření srozumitelnosti položených otázek. Hlavním cílem pilotní studie bylo ověření jasnosti a srozumitelnosti otázek. Na základě této pilotní studie byla zjištěná dobrá srozumitelnost otázek a žádná nemusela být ve svém znění změněna.

3.2.4. Organizace výzkumu

V měsíci únoru a březnu 2009 proběhlo samotné výzkumné šetření, kterého se zúčastnilo 150 K/P hospitalizovaných na výše uvedených odděleních KNL a.s.. 37 (24,7%) dotazníků nebylo vráceno. Procento návratnosti z původního počtu 150 tedy činí 113 (75,3%). Vzhledem k tomu, že všechny dotazníky byly řádně vyplněny, nemusel být žádný vyřazen pro neúplnost. K zpracování dat bylo zařazeno celkem 113 (100%) dotazníků. Zkoumaný soubor tvořilo 113 K/P KNL a.s.

3.2.5. Analýza a interpretace výsledků výzkumu

Ke zpracování výsledků empirického šetření včetně grafů bylo použito programu Microsoft Office Excel 2003. Získaná data byla vyhodnocena pomocí ukazatelů frekvenční statistiky – aritmetický průměr, absolutní četnost a relativní četnost. Grafy sloupcové byly zvoleny pro dobrou přehlednost a snadnou porovnatelnost výsledků.

3.2.5.1. Sociodemografické údaje

Tab. 1 Pohlaví respondentů

Pohlaví	Muž	Žena	CELKEM
četnost respondentů	54	59	113
četnost respondentů v %	48	52	100

Zkoumaný soubor tvořilo 113 respondentů (100%). Z toho bylo 54 mužů (47,8%) a 59 žen (52,2%).

Tab. 2 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	Základní bez vyučení	Vyučení bez maturity	Maturita	Vysokoškolské	CELKEM
četnost respondentů	23	39	38	13	113
četnost respondentů v %	20,4	34,5	33,6	11,5	100

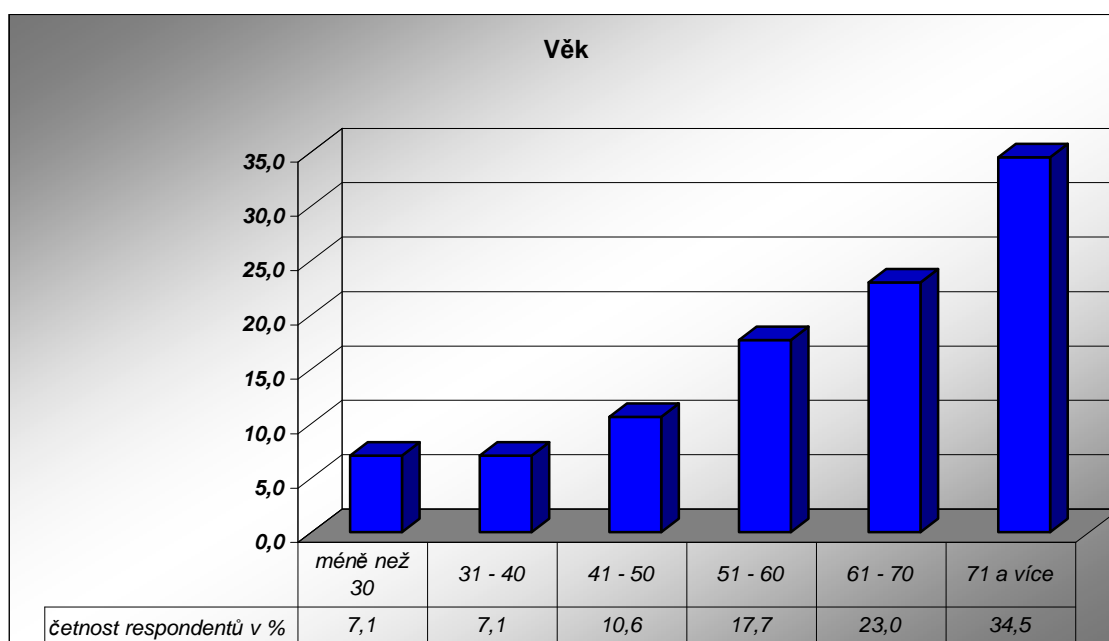


Obr. 1 Graf Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Z celkového počtu 113 (100%) dotazovaných mělo 23 (20,4%) základní vzdělání, 39 (34,5%) vyučení bez maturity, 38 (33,6%) středoškolské vzdělání s maturitou a 13 (11,5%) vysokoškolské vzdělání. Je patrné, že nejpočetnější skupinou dotazovaných byli K/P se středoškolským vzděláním s maturitou a bez maturity, nejmenší skupinou byli pak K/P se vzděláním vysokoškolským.

Tab. 3 Věk respondentů

Věk respondentů	méně než 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	61 - 70	71 a více	CELKEM
četnost respondentů	8	8	12	20	26	39	113
četnost respondentů v %	7,1	7,1	10,6	17,7	23,0	34,5	100



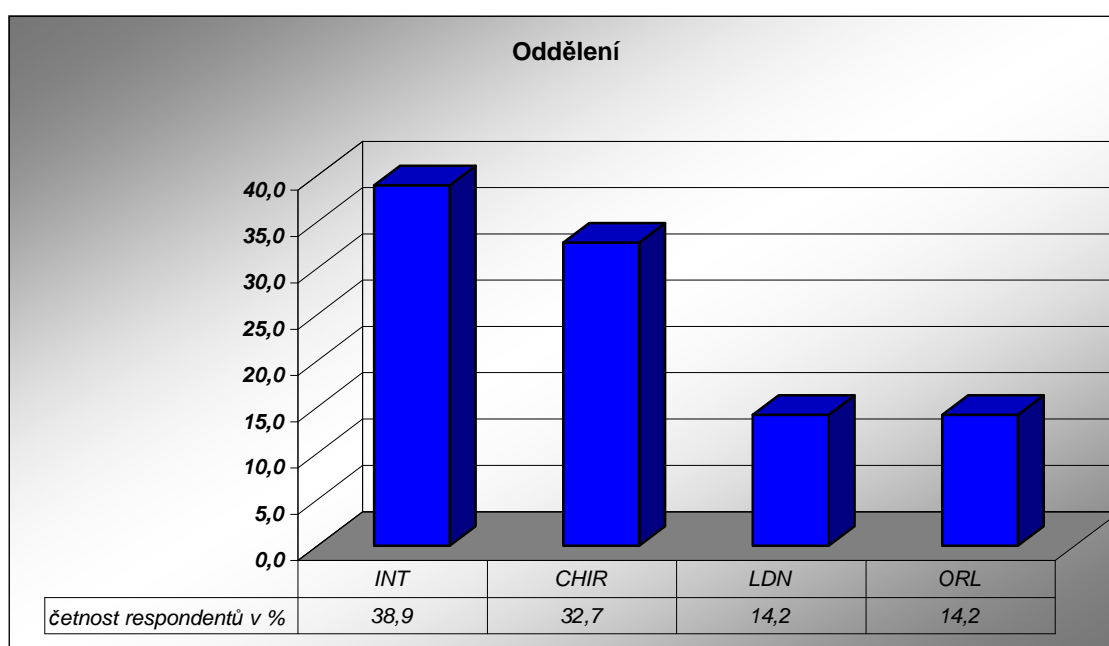
Obr. 2 Graf Věk respondentů

Z grafu je patrné, že K/P, kteří se zúčastnili výzkumného šetření, byli rozděleny do 6 věkových kategorií. První kategorii tvořili K/P mladší 30 let, 8 (7,1%) respondentů. Druhá kategorie byla tvořena respondenty ve věku 31 – 40 let, 8 respondentů (7,1%). Třetí kategorie věk 41 – 50 let tvořilo 12 (10,6%) respondentů. Čtvrtá kategorie respondenti ve věku 51 – 60 let, 20 (17,7%) respondentů. Pátou věkovou kategorií 61 –

70 let tvořilo 26 (23%) dotazovaných a poslední šestou věkovou kategorií 71 a více 39 dotazovaných (34,5%). Graf kromě procentuálního zastoupení jednotlivých věkových skupin viditelně ukazuje, že nejpočetnější věkovou skupinou hospitalizovaných, jsou K/P ve věku 71 a více let a naopak nejméně početnými skupinami kapitalizovaných K/P jsou pak lidé ve věku méně než 30 let a 31 – 40 let.

Tab. 4 Oddělení, kde byl výzkum realizován

Oddělení	INT	CHIR	LDN	ORL	CELKEM
četnost respondentů	44	37	16	16	113
četnost respondentů v %	38,9	32,7	14,2	14,2	100



Obr. 3 Graf Oddělení, kde byl výzkum realizován

K/P, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření, byli v 38,9% zastoupeni K/P interního oddělení, v 32,7% K/P chirurgického oddělení, v 14,2% K/P oddělení LDN a ve 14,2% K/P z oddělení ORL.

3.2.5.2. Zpracování jednotlivých položek dotazníku

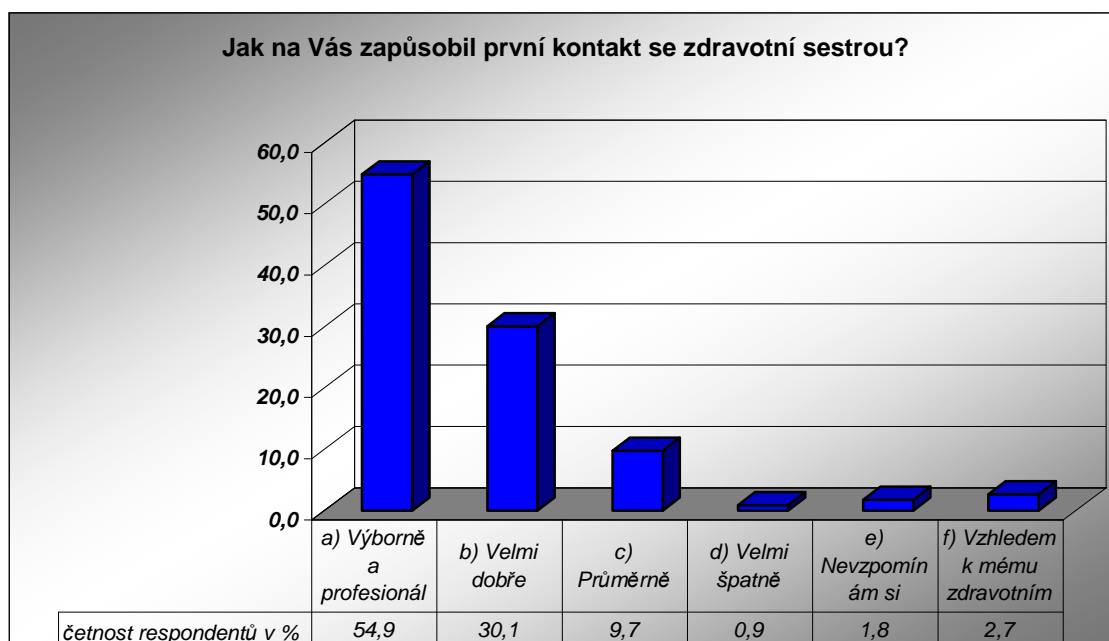
V této kapitole předkládáme výsledky výzkumu z dotazníku. Získaná data jsou prezentována dle pořadí otázek v dotazníku.

Výsledky otázky č. 1: Jak na Vás zapůsobil první kontakt se zdravotní sestrou?

- a) Výborně a profesionálně
- b) Velmi dobře
- c) Průměrně
- d) Velmi špatně
- e) Nevzpomínám si
- f) Vzhledem k mému zdravotnímu stavu mi to bylo jedno

Tab. 5 Výsledky otázky č. 1: Jak na Vás zapůsobil první kontakt se zdravotní sestrou?

Jak na Vás zapůsobil první kontakt se zdravotní sestrou?	a)	b)	c)	d)	e)	f)	CELKEM
četnost respondentů	62	34	11	1	2	3	113
četnost respondentů v %	54,9	30,1	9,7	0,9	1,8	2,7	100

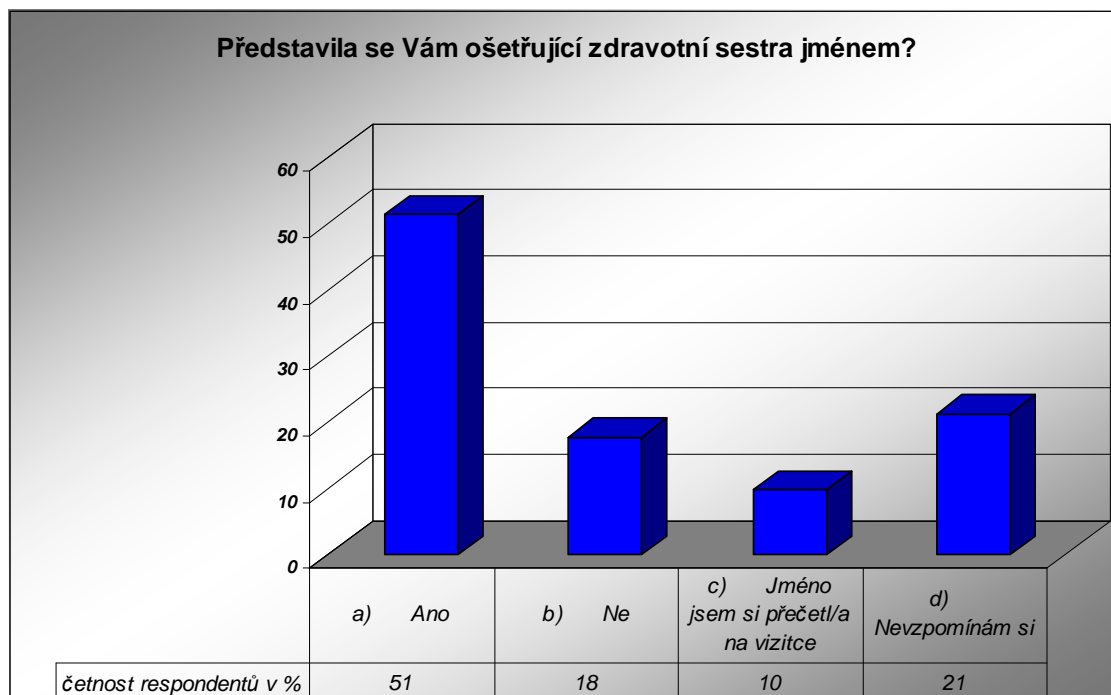


Obr. 4 Graf Výsledky otázky č. 1: Jak na Vás zapůsobil první kontakt se zdravotní sestrou?

Při dotazu, jak na K/P zapůsobil první kontakt se zdravotní sestrou na pohotovosti, příjmu, ambulanci a atd. si 62 (54,9%) respondentů vybralo možnost výborně a profesionálně. Velmi dobře zapůsobil první kontakt na 34 (30,1%) respondentů. 11 (9,7%) respondentů hodnotilo první kontakt se zdravotní sestrou, jako průměrný. 1 (1%) respondent hodnotil první kontakt velmi špatně, 2 (1,8%) si na první kontakt se zdravotní sestrou nevzpomnělo a 3 (2,7%) dotazovaným bylo vzhledem k jejich zdravotnímu stavu jedno jak se zdravotní sestra při prvním kontaktu zachovala a na K/P zapůsobila.

Výsledky otázky č. 2: Představila se Vám ošetřující zdravotní sestra jménem?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Jméno jsem si přečetl/a na vizitce
- d) Nevzpomínám si



Obr. 5 Graf Výsledky otázky č. 2: Představila se Vám ošetřující zdravotní sestra jménem?

Graf nám znázorňuje zjištění, zda se ošetřující zdravotní setra představila K/P jménem. 58 (51,3%) respondentů uvedlo, že se sestra představila, 20 (17,7%)

respondentů se sestra nepředstavila, 24 (21,3) respondentů si nevzpomíná zda se sestra představila a 11(9,7%) dotazovaných využilo možnost přečíst si jméno zdravotní sestry na vizitce.

Výsledky otázky č. 3: Byl/a jste seznámen/a s řádem nemocnice a právy pacientů?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevzpomínám si

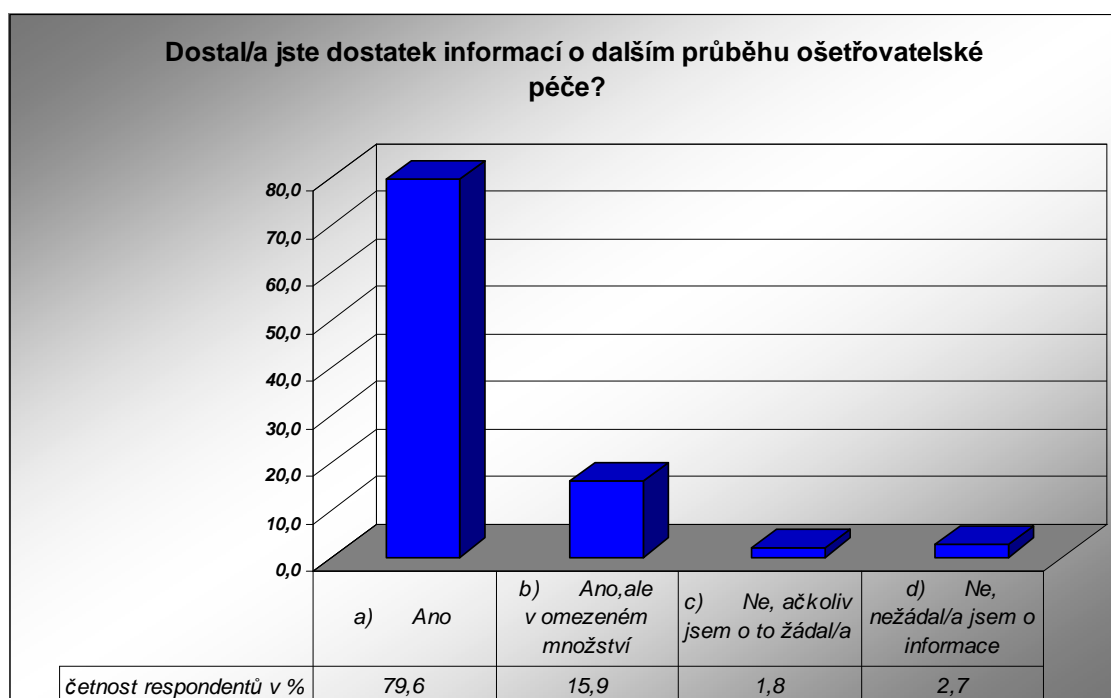
Tab. 6 Výsledky otázky č. 3: Byl/a jste seznámen/a s řádem nemocnice a právy pacientů?

Byl/a jste seznámen/a s řádem nemocnice a právy pacientů?	a)	b)	c)	CELKEM
četnost respondentů	91	12	10	113
četnost respondentů v %	80,5	10,6	8,8	100

Ze 113 (100%) dotazovaných bylo s řádem nemocnice a právy pacientů seznámeno 91 (80,5%). 12 (10,6%) respondentů nebylo s řádem nemocnice a právy pacientů 10 (8,8%) pacientů si nevzpomíná. Nadpoloviční většina byla seznámena s nemocničním řádem a právy pacientů.

Výsledky otázky č. 4: Dostal/a jste dostatek informací o dalším průběhu ošetrovatelské péče?

- a) Ano
- b) Ano, ale v omezeném množství
- c) Ne, ačkoliv jsem o to žádal/a
- d) Ne, nežádal/a jsem o informace

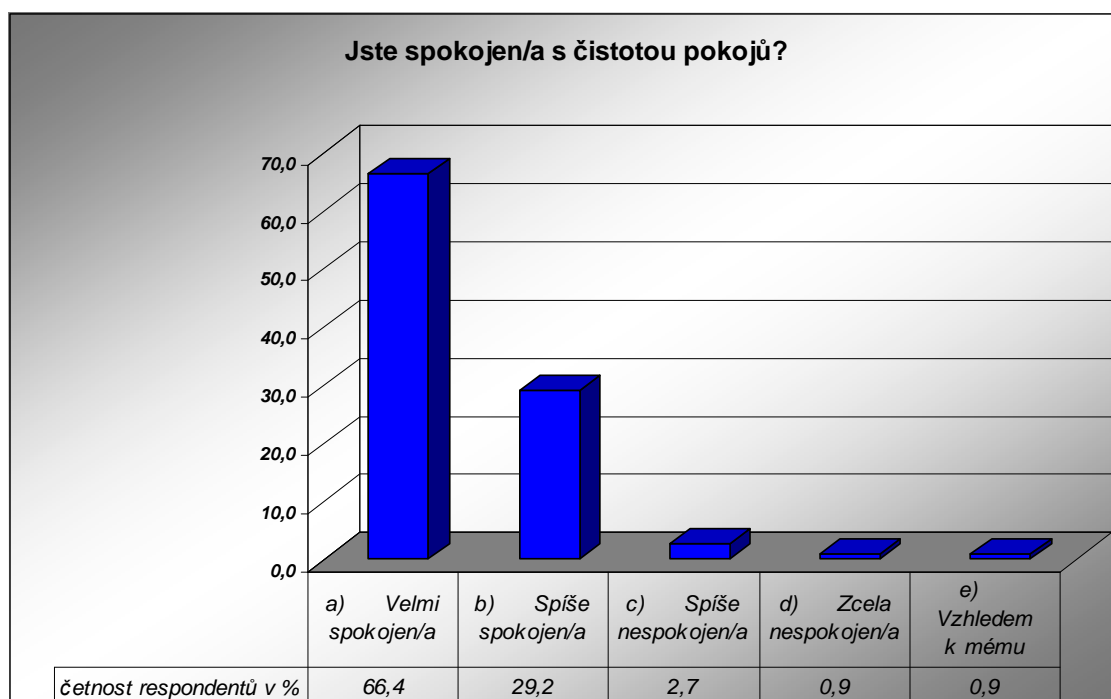


Obr. 6 Graf Výsledky otázky č. 4: Dostal/a jste dostatek informací o dalším průběhu ošetrovatelské péče?

Při zjištění zda K/P dostávají dostatek informací o dalším průběhu ošetrovatelské péče uvedlo odpověď ano 90 (79,6%) respondentů. 18 (15,9%) respondentů dostalo informace v omezeném množství. 2 (1,8%) nedostali informace i přesto, že o ně žádali a 3 (2,7%) dotazovaných o informace nežádala.

Výsledky otázky č. 5: Jste spokojen/a s čistotou pokojů?

- a) Velmi spokojen/a
- b) Spíše spokojen/a
- c) Spíše nespokojen/a
- d) Zcela nespokojen/a
- e) Vzhledem k mému zdravotnímu stavu mi to bylo jedno

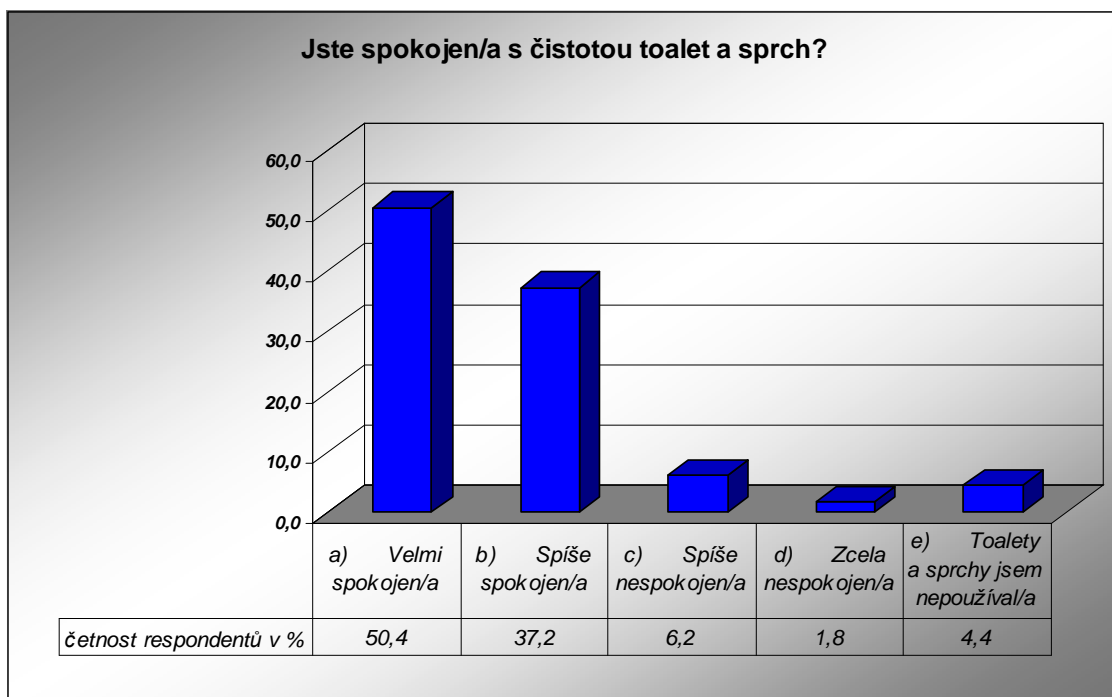


Obr. 7 Graf Výsledky otázky č. 5: Jste spokojen/a s čistotou pokojů?

Při dotazu na spokojenost s čistotou pokojů více než polovina 75 (66,4%) dotazovaných bylo velmi spokojeno s čistotou pokojů. Spíše spokojeno bylo 33 (29,2%) respondentů, spíše nespokojeni byli 3 (2,7%) K/P. Zcela nespokojen byl 1 (0,9%) K/P a pro momentální zdravotní stav bylo 1 (0,9%) K/P jedno jestli jsou pokoje čisté nebo ne.

Výsledky otázky č. 6: Jste spokojen/a s čistotou toalet a sprch?

- a) Velmi spokojen/a
- b) Spíše spokojen/a
- c) Spíše nespokojen/a
- d) Zcela nespokojen/a
- e) Toalety a sprchy jsem nepoužíval/a



Obr. 8 Graf Výsledky otázky č. 6: Jste spokojen/a s čistotou toalet a sprch?

O spokojenosti můžeme hovořit také u dotazu na čistotu toalet a sprch. Velmi spokojeno bylo 57 (50,4%) K/P. Spíše spokojeno s čistotou toalet a sprch bylo 42 (37,2%) dotazovaných. Spíše nespokojeni bylo 7 (6,2%) K/P. Zcela nespokojeni byli 2 (1,8%) K/P z celkového počtu 113 (100%) respondentů. Toalety a sprchy nepoužilo 5 (4,4%) K/P.

Výsledky otázky č. 7: Jste spokojen/a s množstvím a kvalitou stravy?

- a) Velmi dobrá
- b) Spíše dobrá
- c) Spíše špatná
- d) Velmi špatná
- e) Nemocniční stravu jsem nejedl/a



Obr. 9 Graf Výsledky otázky č. 7: Jste spokojen/a s množstvím a kvalitou stravy?

Při zjišťování spokojenosti K/P s množstvím a kvalitou stravy, jako velmi dobrou kvalitu a množství stravy hodnotilo 50 (44,2%) respondentů, jako spíše dobrou 54 (47,8%) respondentů. 5 (4,4%) respondentů volila stravu variantou spíše špatná. Nemocniční stravu nejedli 4 (3,5%) respondenti. Varianta velmi špatná nebyla použita ani jedním z dotazovaných (0%).

Výsledky otázky č. 8: Máte od lékaře předepsanou dietu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

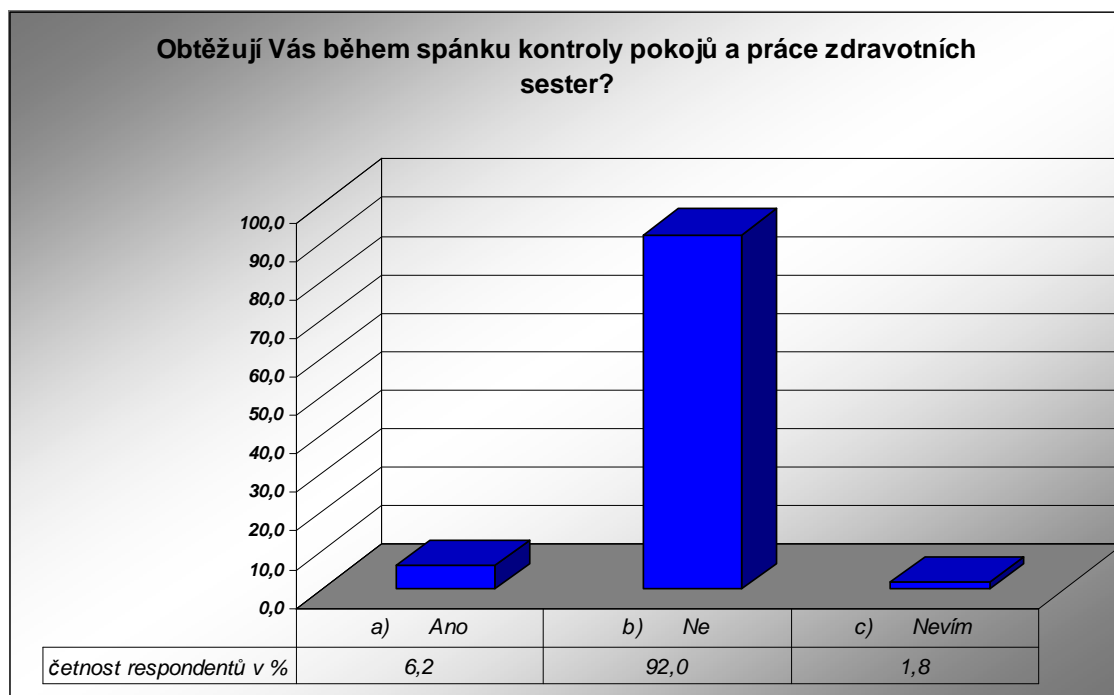
Tab. 7 Výsledky otázky č. 8: Máte od lékaře předepsanou dietu?

Máte od lékaře předepsanou dietu?	a)	b)	c)	CELKEM
četnost respondentů	63	45	5	113
četnost respondentů v %	55,8	39,8	4,4	100

Dietu předepsanou lékařem uvedlo 63 (55%) respondentů, 45 (39,8%) respondentů uvedlo, že dietu neměli a 5 (4,4%) respondentů označilo odpověď nevím.

Výsledky otázky č. 9: Obtěžují Vás během spánku kontroly pokojů a práce zdravotních sester?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

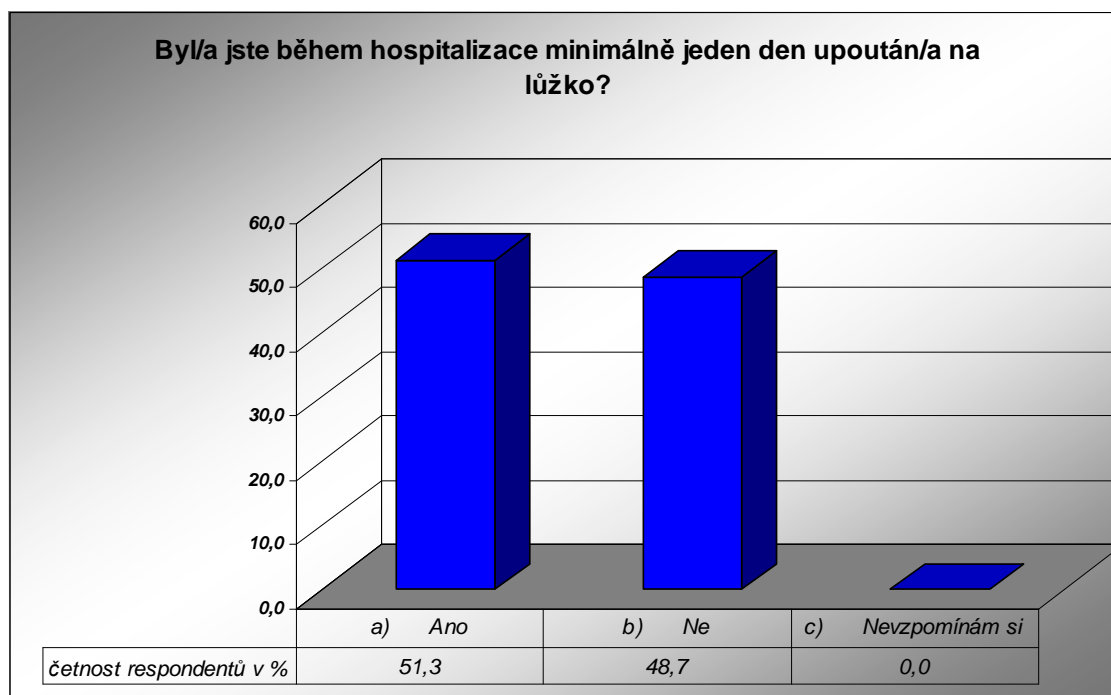


Obr. 10 Graf Výsledky otázky č. 9: Obtěžují Vás během spánku kontroly pokojů a práce zdravotních sester?

104 (92%) respondentů uvedlo, že nejsou obtěžováni během spánku kontrolami pokojů a prací zdravotních sester. 7 (6,2%) respondentů uvedlo, že je kontroly pokojů a práce zdravotních sester ruší a 2 (1,8%) respondenti neví. Více než polovina respondentů odpověděla, že nejsou prací zdravotních sester a kontrolami pokojů rušeni.

Výsledky otázky č. 10: Byl/a jste během hospitalizace minimálně jeden den upoután/a na lůžko?

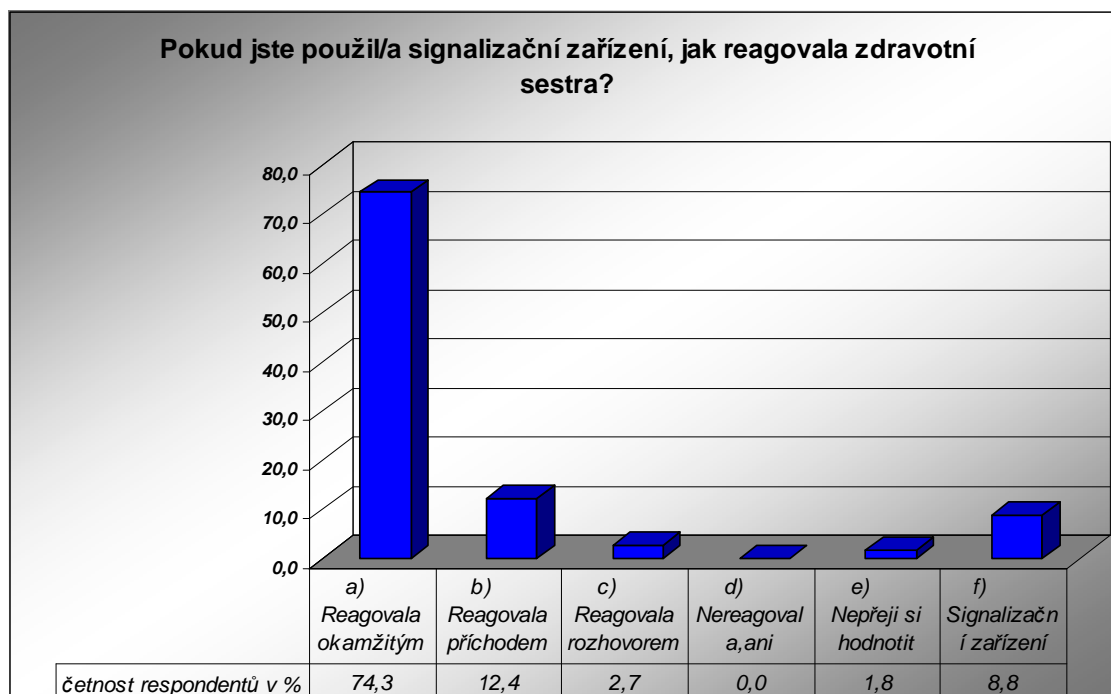
- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevzpomínám si



Obr. 11 Graf Výsledky otázky č. 10 : Byl/a jste během hospitalizace minimálně jeden den upoután/a na lůžko?

Vzhledem k dotazu na dosažitelnost zdravotnického personálu byla K/P položena v dotazníku otázka zda byli K/P alespoň jeden den upoutání na lůžko. 58 (51,3%) K/P z celkového počtu dotazovaných uvedlo, že bylo minimálně jeden den upoutáno na lůžko a 55 (48,7%) respondentů uvedlo variantu ne nebyl/a jsem upoután/a na lůžko. Nevzpomínám si nezvolil žádný z dotazovaných (0%).

Výsledky otázky č. 11: Pokud jste použil/a signalizační zařízení, jak reagovala zdravotní sestra?



Obr. 12 Graf Výsledky otázky č. 11: Pokud jste použil/a signalizační zařízení, jak reagovala zdravotní sestra?

Při dotazu na reakci zdravotních sester při použití signalizačního zařízení využilo variantu odpovědi, že zdravotní sestra přišla okamžitě po zazvonění 84 (74,3%) K/P. 14 (12,4%) K/P zvolilo odpověď kdy sestra přišla po několika minutách. 3 (2,7%) K/P se setkali s tím, že sestra nejprve zjistila podrobnosti nastalé situace přes intercom a následně přišla na pokoj. Žádný z dotazovaných neoznačil variantu, že sestra nereagovala ani příchodem ani rozhovorem přes intercom. 10 (8,8%) K/P ze všech dotazovaných během hospitalizace nepoužilo signalizační zařízení. Kritérium nepřeji si hodnotit zvolili 2 (1,8%) K/P.

Výsledky otázky č. 12: Měl/a jste během vyšetření a ošetrovatelské péče dostatek soukromí?



Obr. 13 Graf Výsledky otázky č. 12: Měl/a jste během vyšetření a ošetrovatelské péče dostatek soukromí?

Z celkového počtu respondentů uvedlo 94 (83,2%) respondentů, že mělo vždy dostatek soukromí při vyšetřeních a ošetrovatelské péči. 18 (15,9%) respondentů uvedlo, že jejich soukromí a stud byly respektovány občas. Variantu, že by nebylo respektováno soukromí neuvedl žádný z dotazovaných (0%) stejně tak žádný (0%) z respondentů neuvedl, že by mu bylo jedno i vzhledem ke zdravotnímu stavu zda je jeho soukromí respektováno. 1 (0,9%) respondent si nepřál hodnotit.

Výsledky otázky č. 13: Jak jste byl/a spokojen/a s odbornou dovedností zdravotních sester?

- a) Velmi spokojen/a
- b) Spíše spokojen/a
- c) Spíše nespokojen/a
- d) Zcela nespokojen/a
- e) Vzhledem k mému zdravotnímu stavu mi to bylo jedno
- f) Nepřeji si hodnotit

Tab. 8 Výsledky otázky č. 13: Jak jste byl/a spokojen/a s odbornou dovedností zdravotních sester?

Jak jste byl/a spokojen/a s odbornou dovedností zdravotních sester?	a)	b)	c)	d)	e)	f)	CELKEM
četnost respondentů	99	11	0	0	1	2	113
četnost respondentů v %	87,6	9,7	0,0	0,0	0,9	1,8	100



Obr. 14 Graf Výsledky otázky č. 13: Jak jste byl/a spokojen/a s odbornou dovedností zdravotních sester?

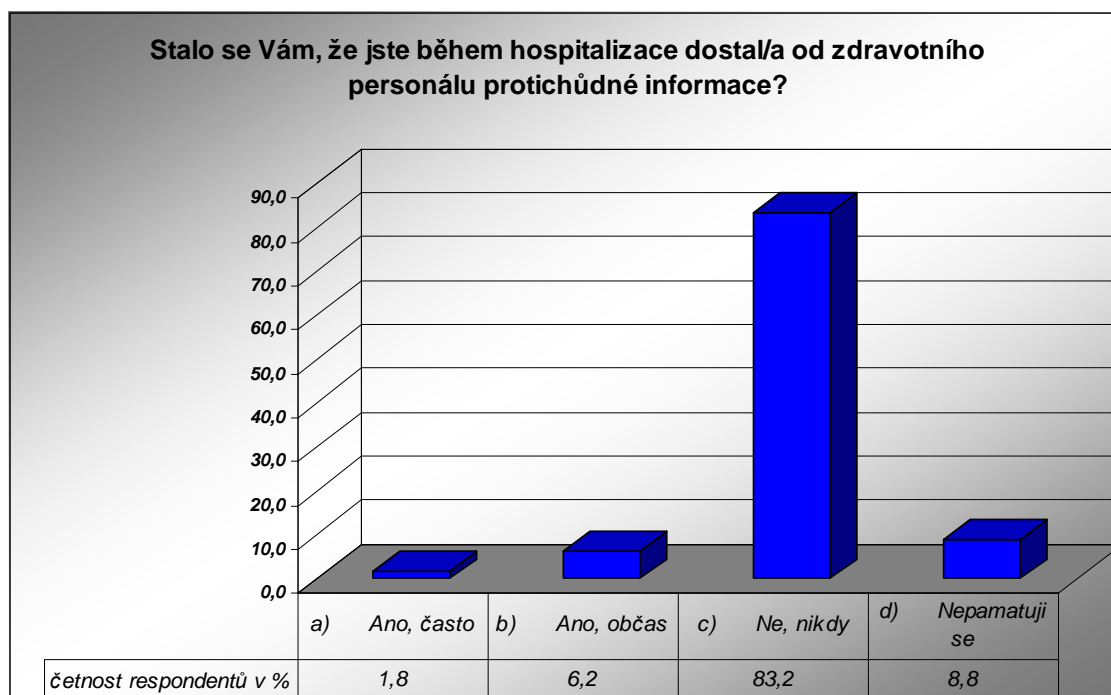
S odbornou dovedností zdravotních sester bylo velmi spokojeno 99 (87,6%) z celkového počtu 113 (100%) dotazovaných K/P. 11 (9,7%) K/P bylo spíše spokojeno, varianty spíše nespokojen/a a nespokojen/a nebyly zvoleny ani jedním s K/P (0%). 2 (1,8%) K/P si nepřáli hodnotit a 1 (0,9%) uvedl, že vzhledem ke zdravotnímu stavu mu bylo jedno jakou odbornou dovedností zdravotní sestry disponují.

Výsledky otázky č. 14: Stalo se Vám, že jste během hospitalizace dostal/a od zdravotního personálu protichůdné informace?

- a) Ano, často
- b) Ano, občas
- c) Ne, nikdy
- d) Nepamatuji se

Tab. 9 Výsledky otázky č. 14: Stalo se Vám, že jste během hospitalizace dostal/a od zdravotního personálu protichůdné informace?

Stalo se Vám, že jste během hospitalizace dostal/a od zdravotního personálu protichůdné informace?	a)	b)	c)	d)	CELKEM
četnost respondentů	2	7	94	10	113
četnost respondentů v %	1,8	6,2	83,2	8,8	100



Obr. 15 Graf Výsledky otázky č. 14: Stalo se Vám, že jste během hospitalizace dostal/a od zdravotního personálu protichůdné informace?

94 (83,2%) respondentů v dotazníku uvedlo, že nikdy nesetkalo s tím, že by dostali od zdravotního personálu rozdílné informace. 2 (1,8%) respondentů se stala tato situace

často, 7 (6,2%) se tato situace občas stala a 10 (8,8%) respondentů uvádí, že si nevzpomíná.

Výsledky otázky č. 15: Když jste položil/a zdravotní sestře důležitou otázku, dostal/a jste na ni odpověď, které jste rozuměl/a?

- a) Vždy jsem dostal/a srozumitelnou odpověď
- b) Většinou jsem dostal/a srozumitelnou odpověď
- c) Občas jsem dostal/a srozumitelnou odpověď
- d) Nikdy jsem nedostal/a srozumitelnou odpověď
- e) Neptal/a jsem se

Tab. 10 Výsledky otázky č. 15: Když jste položil/a zdravotní sestře důležitou otázku, dostal/a jste na ni odpověď, které jste rozuměl/a?

Když jste položil/a zdravotní sestře důležitou otázku, dostal/a jste na ni odpověď, které jste rozuměl/a?	a)	b)	c)	d)	e)	CELKEM
četnost respondentů	82	19	1	0	11	113
četnost respondentů v %	72,6	16,8	0,9	0,0	9,7	100



Obr. 16 Graf Výsledky otázky č. 15: Když jste položil/a zdravotní sestře důležitou otázku, dostal/a jste na ni odpověď, které jste rozuměl/a?

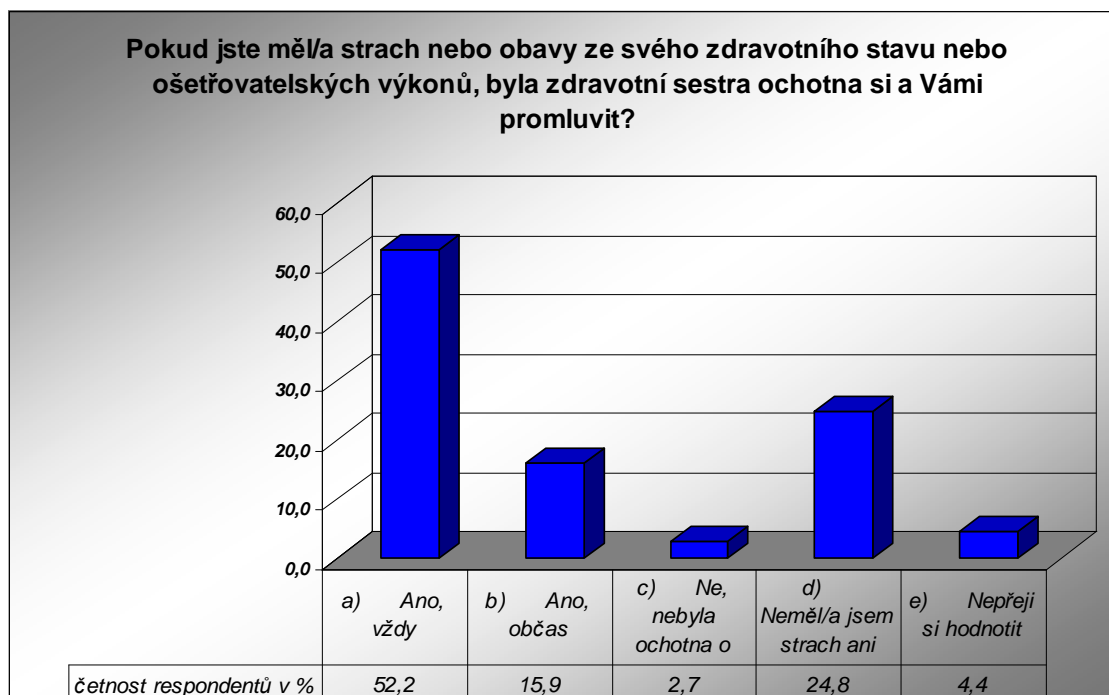
Při zjištění zda K/P dostávají srozumitelnou odpověď od sester pokud jim položí důležitou otázku 82 (72,6%) respondentů odpovědělo, že dostali vždy srozumitelnou odpověď. 19 (16,8%) respondentů uvedlo, že většinou dostali srozumitelnou odpověď. 11 (9,7%) dotazovaných se zdravotních sester na nic neptalo. 1 (0,9%) dostalo srozumitelnou odpověď občas a nesrozumitelnou odpověď nedostal žádný z dotazovaných K/P (0%).

Výsledky otázky č. 16: Pokud jste měl/a strach nebo obavy ze svého zdravotního stavu nebo ošetřovatelských výkonů, byla zdravotní sestra ochotna si s Vámi promluvit?

- a) Ano, vždy
- b) Ano, občas
- c) Ne, nebyla ochotna o tom se mnou mluvit
- d) Neměl/a jsem strach ani obavy
- e) Nepřeji si hodnotit

Tab. 11 Výsledky otázky č. 16: Pokud jste měl/a strach nebo obavy ze svého zdravotního stavu nebo ošetřovatelských výkonů, byla zdravotní sestra ochotna si s Vámi promluvit?

Pokud jste měl/a strach nebo obavy ze svého zdravotního stavu nebo ošetřovatelských výkonů, byla zdravotní sestra ochotna si s Vámi promluvit?	a)	b)	c)	d)	e)	CELKEM
četnost respondentů	59	18	3	28	5	113
četnost respondentů v %	52,2	15,9	2,7	24,8	4,4	100



Obr. 17 Graf Výsledky otázky č. 16: Pokud jste měl/a strach nebo obavy ze svého zdravotního stavu nebo ošetřovatelských výkonů, byla zdravotní sestra ochotna si a Vámi promluvit?

59 (52,2%) dotazovaných v dotazníku odpovědělo, že si s nimi byla zdravotní sestra vždy ochotna promluvit pokud pociťovali strach nebo obavy. 18 (15,9%) K/P udalo, že zdravotní sestra občas našla čas si promluvit o jejich strachu a obavách. Neochota zdravotních sester pro rozhovor o strachu a obavách K/P se objevila pouze ve 3 (2,7%) odpovědích K/P z celkového počtu 113 (100%). 28 (24,8%) K/P uvádělo, že nepociťovalo během hospitalizace strach ani obavy a 5 (4,4%) K/P si nepřálo danou otázku hodnotit.

Výsledky otázky č. 17: Pokud jste zdravotní sestru o něco požádal/a, splnila svůj slib?

- a) Ano, vždy splnila svůj slib
- b) Ano, občas
- c) Ne, nesplnila svůj slib
- d) Zdravotní sestru jsem o nic nežádal/a
- e) Nepřeji si hodnotit

Tab. 12 Výsledky otázky č. 17: Pokud jste zdravotní sestru o něco požádal/a, splnila svůj slib?

Pokud jste zdravotní sestru o něco požádal/a, splnila svůj slib?	a)	b)	c)	d)	e)	CELKEM
četnost respondentů	102	5	0	5	1	113
četnost respondentů v %	90,3	4,4	0,0	4,4	0,9	100



Obr. 18 Graf Výsledky otázky č. 17: Pokud jste zdravotní sestru o něco požádal/a, splnila svůj slib?

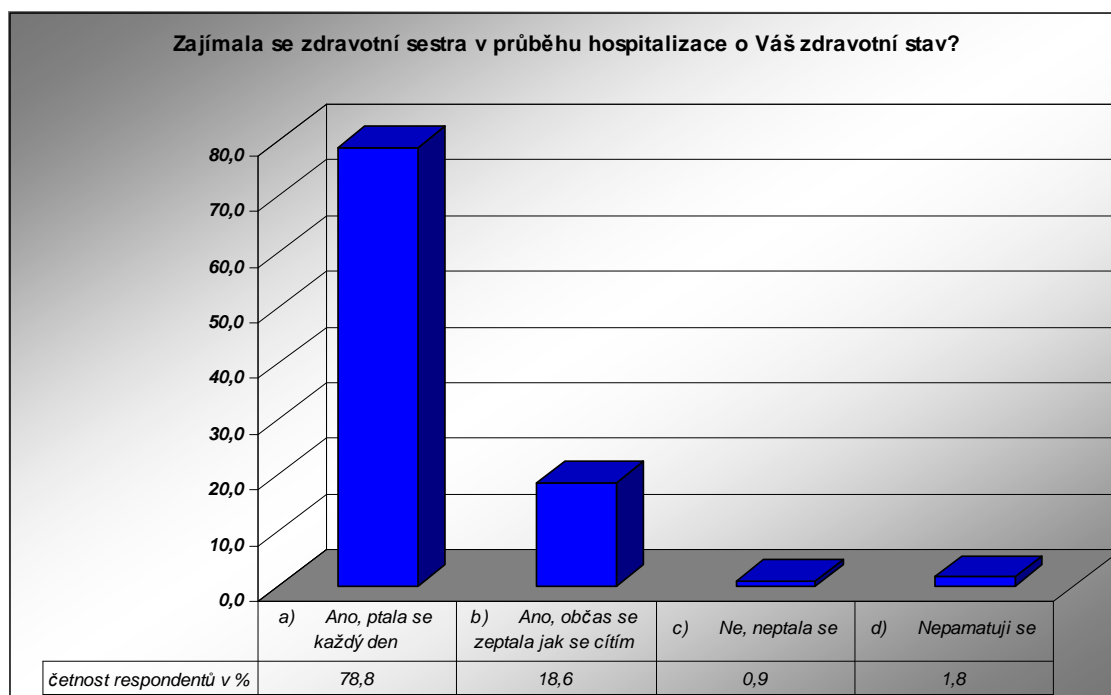
89 (90,3%) respondentů ve svých odpovědích uvedlo, že zdravotní sestry plní své sliby pokud je o něco požádají. To že by zdravotní sestra svůj slib nesplnila neuvedl žádný z dotazovaných (0%). 5 (4,4%) K/P zahrlo v dotazníku možnost, že daný slib sestra splnila občas a stejně tak 5 (4,4%) K/P uvedlo, že zdravotní sestru o nic nežádali. 1 (0,9%) K/P si nepřál hodnotit.

Výsledky otázky č. 18: Zajímala se zdravotní sestra v průběhu hospitalizace o Váš zdravotní stav?

- a) Ano, ptala se každý den
- b) Ano, občas se zeptala jak se cítím
- c) Ne, neptala se
- d) Nepamatuji se

Tab. 13 Výsledky otázky č. 18: Zajímala se zdravotní sestra v průběhu hospitalizace o Váš zdravotní stav?

Zajímala se zdravotní sestra v průběhu hospitalizace o Váš zdravotní stav?	a)	b)	c)	d)	CELKEM
četnost respondentů	89	21	1	2	113
četnost respondentů v %	78,8	18,6	0,9	1,8	100



Obr. 19 Graf Výsledky otázky č. 18: Zajímala se zdravotní sestra v průběhu hospitalizace o Váš zdravotní stav?

Otázka 18 zjišťovala zda se zdravotní sestry zajímají v průběhu hospitalizace o zdravotní stav K/P. Z grafu je pak patrné, že 89 (78,8%) K/P uvedlo, že se zdravotní

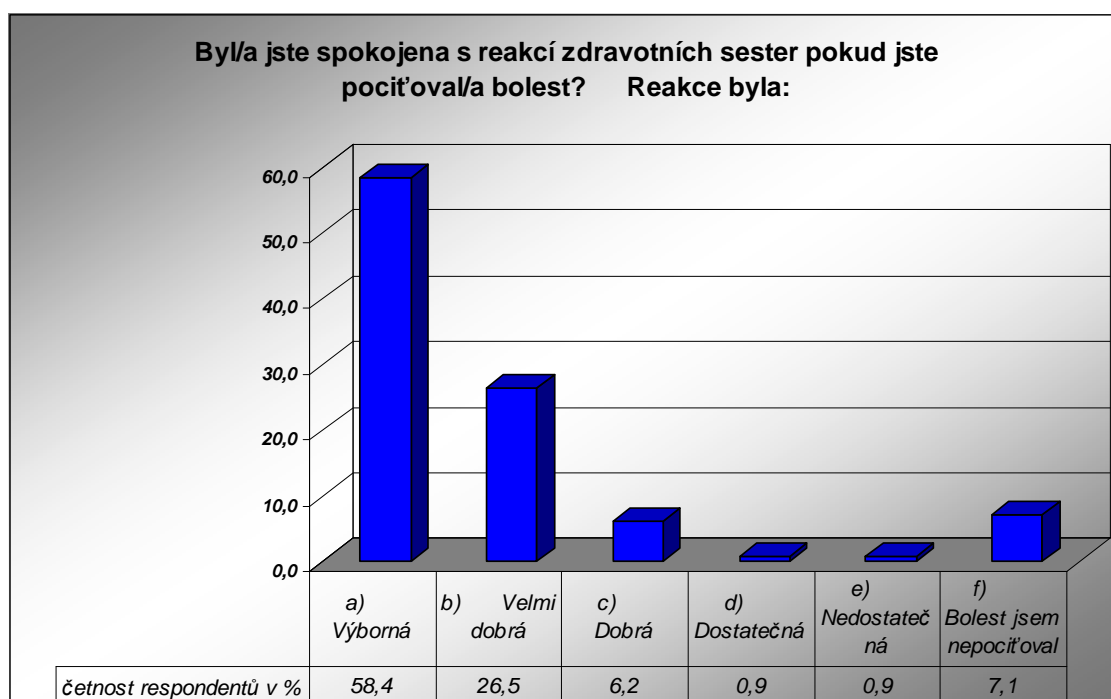
sestra zajímala denně o jejich zdravotní stav v průběhu hospitalizace. 21 (18,6%) K/P zvolilo možnost, že se zdravotní sestra občas zeptala jak se cítí. 1 (0,9%) K/P uvedl, že se zdravotní sestra neptala na jeho zdravotní stav a 2 (1,8%) K/P si nepamatovali, zda by se zdravotní sestra na něco takového ptala.

Výsledky otázky č. 19: Byl/a jste seznámen/a s řádem nemocnice a právy pacientů?

- a) Výborná
- b) Velmi dobrá
- c) Dobrá
- d) Dostatečná
- e) Nedostatečná
- f) Bolest Jsem nepociťoval/a

Tab. 14 Výsledky otázky č. 19: Byl/a jste seznámen/a s řádem nemocnice a právy pacientů?

Byl/a jste spokojena s reakcí zdravotních sester pokud jste pociťoval/a bolest? Reakce byla:	a)	b)	c)	d)	e)	f)	CELKEM
četnost respondentů	66	30	7	1	1	8	113
četnost respondentů v %	58,4	26,5	6,2	0,9	0,9	7,1	100



Obr. 20 Graf Výsledky otázky č. 19: Byl/a jste spokojena s reakcí zdravotních sester pokud jste pociťoval/a bolest?

Z tohoto grafu je patrné, že reakce zdravotních sester na bolest, kterou K/P pociťovali během hospitalizace byla ve více než polovině 66 (58,4%) výborná. Jako velmi dobrou ji hodnotilo 30 (26,5%) K/P. Reakce zdravotních sester na bolest, jako dobrá byla zhodnocena 7 (6,2%) K/P. 1 (0,9%) K/P zvolil variantu dostatečné a 1 (0,9%) nedostatečné reakce zdravotních sester. 8 (7,1%) K/P bolest nepociťovalo.

Výsledky otázky č. 20: Měl/a jste důvěru ke zdravotním sestřám, které Vás ošetřovaly?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Určitě ne
- e) Nepřeji si hodnotit

Tab. 15 Výsledky otázky č. 20: Měl/a jste důvěru ke zdravotním sestřám, které Vás ošetřovaly?

Měl/a jste důvěru ke zdravotním sestřám, které Vás ošetřovaly?	a)	b)	c)	d)	e)	CELKEM
četnost respondentů	99	12	1	0	1	113
četnost respondentů v %	87,6	10,6	0,9	0,0	0,9	100



Obr. 21 Graf Výsledky otázky č. 20: Měl/a jste důvěru ke zdravotním sestřám, které Vás ošetřovaly?

Graf znázorňuje důvěru K/P ke zdravotním sestřám, které je ošetřovaly. Odpověď určitě ano volilo 99 (87,6%) z celkového počtu dotazovaných. Spíše ano si jako

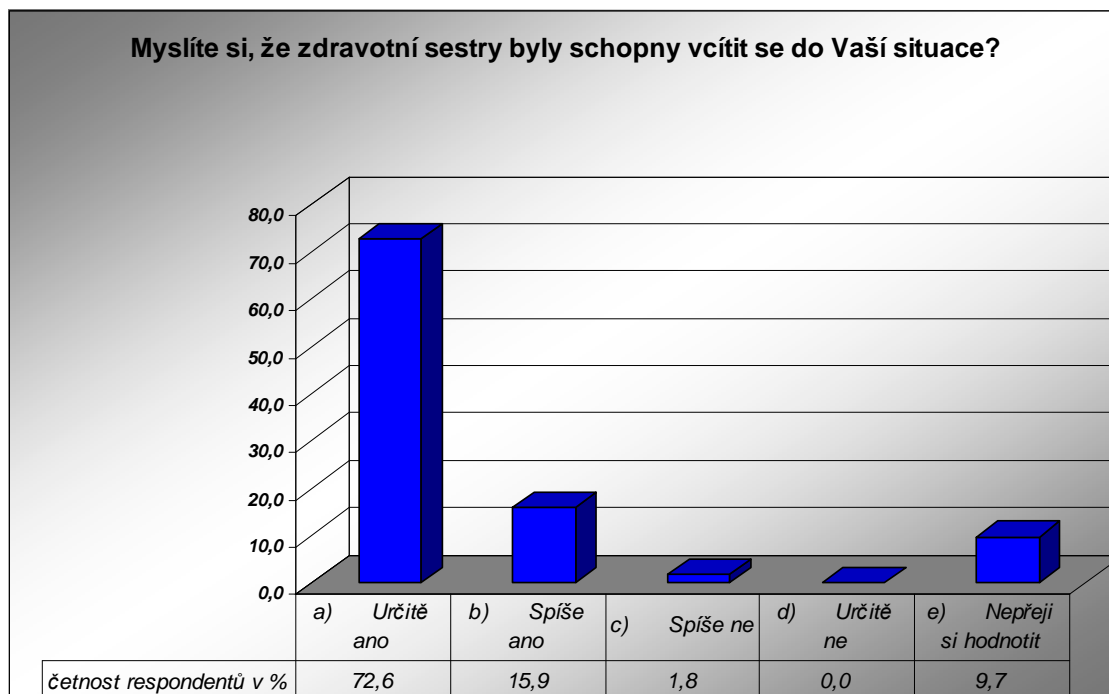
vhodnou odpověď zvolilo 12 (10,6%). Variantu odpovědi spíše ne (0,9%) zvolil stejně jako nepřeji si hodnotit (0,9%) 1 dotazovaný . Variantu určitě ne nezvolil žádný z dotazovaných (0%).

Výsledky otázky č. 21: Myslíte si, že zdravotní sestry byly schopny vcítit se do Vaší situace?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Určitě ne
- e) Nepřeji si hodnotit

Tab. 16 Výsledky otázky č. 21: Myslíte si, že zdravotní sestry byly schopny vcítit se do Vaší situace?

Myslíte si, že zdravotní sestry byly schopny vcítit se do Vaší situace?	a)	b)	c)	d)	e)	CELKEM
četnost respondentů	82	18	2	0	11	113
četnost respondentů v %	72,6	15,9	1,8	0,0	9,7	100



Obr. 22 Graf Výsledky otázky č. 21: Myslíte si, že zdravotní sestry byly schopny vcítit se do Vaší situace?

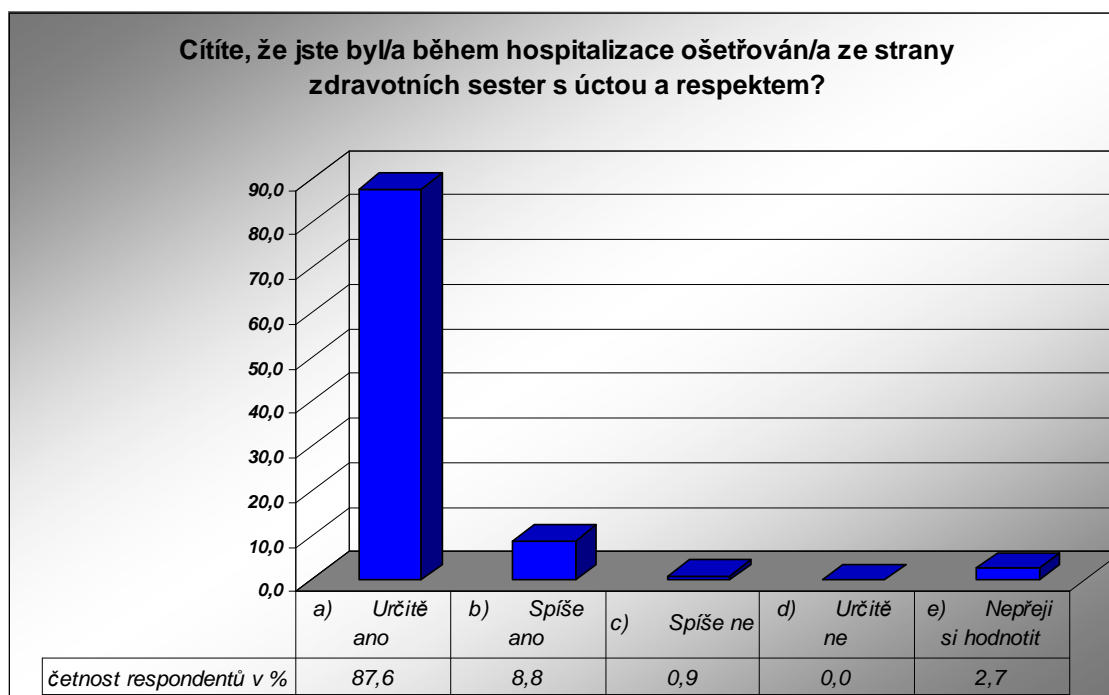
82 (72,6%) respondentů si myslí, že jsou zdravotní sestry schopny vcítit se do jejich situace, kterou v nemoci prožívají. 18 (15,9%) respondentů volilo variantu, že se sestra dokáže spíše vcítit do jejich situace. 2 (1,8%) K/P si myslí, že se zdravotní sestry spíše nedokáží vcítit do jejich situace, 11 (9,7%) dotazovaných si nepřálo schopnost sestry vcítit se do jejich situace hodnotit. Variantu, že to sestry nedokáží nezvolil žádný z dotazovaných (0%).

Výsledky otázky č. 22: Cítíte, že jste byl/a během hospitalizace ošetřován/a ze strany zdravotních sester s úctou a respektem?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Určitě ne
- e) Nepřeji si hodnotit

Tab. 17 Výsledky otázky č. 22: Cítíte, že jste byl/a během hospitalizace ošetřován/a ze strany zdravotních sester s úctou a respektem?

Cítíte, že jste byl/a během hospitalizace ošetřován/a ze strany zdravotních sester s úctou a respektem?	a)	b)	c)	d)	e)	CELKEM
četnost respondentů	99	10	1	0	3	113
četnost respondentů v %	87,6	8,8	0,9	0,0	2,7	100



Obr. 23 Graf Výsledky otázky č. 22: Cítíte, že jste byl/a během hospitalizace ošetřován/a ze strany zdravotních sester s úctou a respektem?

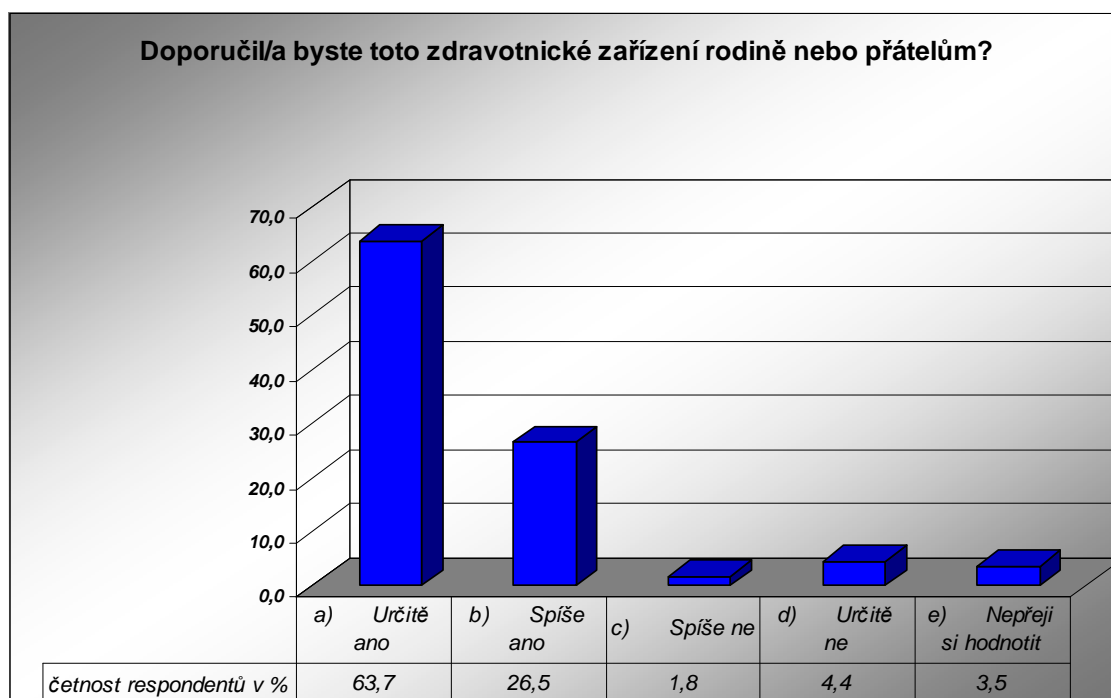
Při dotazu zda si K/P myslí, že jsou během hospitalizace ošetřováni s úctou a respektem 99 (87,6%) respondentů zahrlo možnost určitě ano. Spíše ano volilo 10 (8,8%). Variantu, že by sestra ke K/P nepřistupovala s úctou a respektem nevolil žádný z dotazovaných (0%). To, že sestra spíše nepřistupuje ke K/P s úctou a respektem zvolilo 1 (0,9%) K/P. Úctu a respekt sestry ke K/P si nepřáli hodnotit 3 (2,7%) dotazovaných.

Výsledky otázky č. 23: Doporučil/a byste toto zdravotnické zařízení rodině nebo přátelům?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Určitě ne
- e) Nepřeji si hodnotit

Tab. 18 Výsledky otázky č. 23: Doporučil/a byste toto zdravotnické zařízení rodině nebo přátelům?

Doporučil/a byste toto zdravotnické zařízení rodině nebo přátelům?	a)	b)	c)	d)	e)	CELKEM
četnost respondentů	72	30	2	5	4	113
četnost respondentů v %	63,7	26,5	1,8	4,4	3,5	100



Obr. 24 Graf Výsledky otázky č. 23: Doporučil/a byste toto zdravotnické zařízení rodině nebo přátelům?

Při dotazu, zda by K/P toto zdravotnické zařízení doporučili rodině a přátelům odpověděla nadpoloviční většina, že určitě ano 72 (63,7%). Variantu odpovědi spíše ano volilo 30 (26,5%). Spíše ne volili 2 (1,8%) respondentů. 5 (4,4%) respondentů by toto zdravotnické zařízení určitě rodině ani přátelům nedoporučilo a 4 (3,5%) respondenti si nepřáli toto kritérium hodnotit.

Výsledky otázky Ostatní připomínky

Dotazník č. 141 (oddělení interny) – „Nedostačující počet WC, málo prostoru na odkládání osobních táčkářů, věcí, sestry upomínají, že je věcí moc. WC není opraveno pro vozíčkáře, neprojede vozík.“

Dotazník č. 113 (oddělení LDN) – „Koupání pacientů s vysokou sádkou. Koupelna – nevyhovující. Ležíte na pojízdném lehátku, které nemá odtok alespoň v 5 cm vody. Po vysprchování vodu odstraníte „vyplácáváním“ a vysoušíte položením prostěradla na lehátko.“

Dotazník č. 047 (oddělení ORL) – „byl jsem tu velmi spokojen.“

Dotazník č. 077 (oddělení interny) – „Byl jsem nespokojen s jednáním lékařky z RZP.“

3.3. Diskuse

Téma bakalářské práce se zabývá spokojeností K/P s ošetrovatelskou péčí na standardním oddělení. Teoretická část práce nám nabízí ucelené shrnutí této problematiky. Pro empirickou část jsme zvolili dotazníkovou metodu. Jednotlivé otázky dotazníku byly přiřazeny k třem předem stanoveným hypotézám. Po jejich zhodnocení jsme získali bezesporu důležitá data o respektu a úctě všeobecných sester ke K/P, o komunikaci mezi všeobecnými sestrami a K/P, kvalitě ošetrovatelské péče a samozřejmě o neustále zmiňované spokojenosti K/P s ošetrovatelskou péčí.

Výzkum proběhl v KNL a.s., na odděleních chirurgie, interny, ORL a LDN v průběhu měsíce února a března. Ke zpracování bylo zařazeno 113 kompletně vyplněných dotazníků ze 150 rozdaných. Návratnost činila 75%, pokud bychom měli citovat K/P při vracení nevyplněných dotazníků, nejčastěji jsme se setkali s touto odpovědí: „takové výzkumy stejně nemají žádný význam“, nebo „nechci si dělat zle u sester“. A to i přesto, že v úvodu dotazníku je zdůrazněno, že se jedná o dotazník anonymní.

Po analýze informací o pohlaví jsme zjistili, že výzkumu se zúčastnilo celkem 54 mužů (47,8%) a 59 žen (52,2%). Odborná literatura, mluví o ženách, jako a častějších konsumentech zdravotní péče a to i přes vědecké důkazy, že žijí v průměru a 5-7 let déle než muži. Z tohoto hlediska, se řada výzkumných pracovníků zabývá otázkou, zda existuje rozdíl mezi spokojeností žen a mužů vzhledem ke kvalitě zdravotní péče a je známo, že ženy se přiklání ke kritice častěji. V případě našeho výzkumu není rozdíl v závislosti na pohlaví až tak patrný snad vzhledem k počtu zúčastněných. [1]

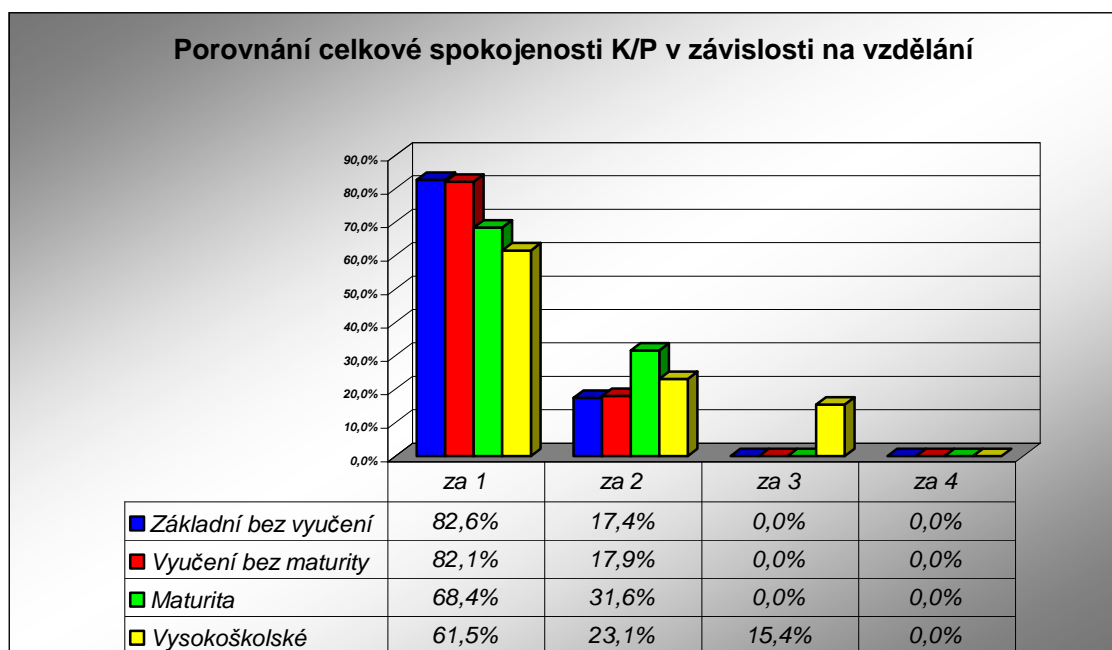
Tab. 19 Porovnání celkové spokojenosti K/P v závislosti na pohlaví

Porovnání celkové spokojenosti K/P v závislosti na pohlaví	Známka				CELKEM
	1	2	3	4	
Muži	81,5%	16,7%	1,9%	0,0%	100,0%
Ženy	69,5%	28,8%	1,7%	0,0%	100,0%

Vzhledem ke vzdělání dotazovaných, nám výzkum ukázal, že nejpočetnější skupinou byli K/P s vyučením 39 (34,5%), dále K/P s maturitou 38 (33,6%), K/P se základním vzděláním 23 (20,4%) a nejméně zastoupeni jsou lidé s vysokoškolským vzděláním 13 (11,5%). Vztah mezi vzdělaností K/P a spokojeností s kvalitou péče dozajista je. Hnilicová ve své knize uvádí, že K/P s vyšším vzděláním jsou daleko kritičtější než K/P se vzděláním nižším. Z grafů našeho výzkumu je patrné, že nespokojenost vyjádřili pouze vysokoškolsky vzdělaní K/P 15,4%. [1]

Tab. 20 Porovnání celkové spokojenosti K/P v závislosti na vzdělání

Porovnání celkové spokojenosti K/P v závislosti na vzdělání	Známka				CELKEM
	za 1	za 2	za 3	za 4	
Základní bez vyučení	82,6%	17,4%	0,0%	0,0%	100,0%
Vyučení bez maturity	82,1%	17,9%	0,0%	0,0%	100,0%
Maturita	68,4%	31,6%	0,0%	0,0%	100,0%
Vysokoškolské	61,5%	23,1%	15,4%	0,0%	100,0%



Obr. 25 Graf Porovnání celkové spokojenosti K/P v závislosti pohlaví

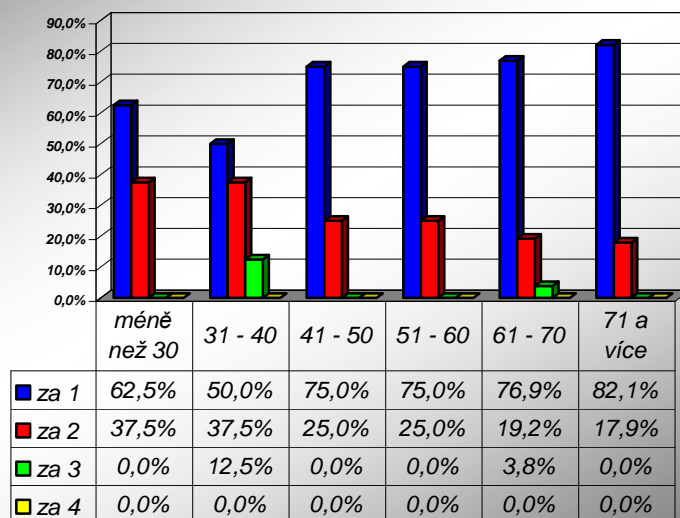
Spokojenost K/P s kvalitou zdravotní péče nám podle literatury nejlépe charakterizuje věk. Se zvyšujícím se věkem souvisí postupná ztráta sebepéče a stoupá nemocnost. Lidé celého světa si tento fakt uvědomují a s tím souvisí i poznatek získaný z výzkumů. Starší lidé, kteří potřebují pomoc druhých se bojí o ztrátu oblíbenosti a tudíž mají jejich nároky s vyšším věkem sestupnou tendenci. Stoupá pocit vděčnosti k lidem, kteří jim pomáhají, a to se promítá samozřejmě i v hodnocení spokojenosti se zdravotnickou péčí. Na tuto problematiku existují i jiné názory např. z porovnání videozáznamů komunikace mezi K/P a lékařem vyplynulo, že lékaři jsou při komunikaci se staršími K/P daleko uvolněnější. Tento aspekt má samozřejmě nezanedbatelný vliv na subjektivní vnímání kvality zdravotnické péče. Komunikace je velice důležitým atributem hodnocení kvality zdravotnické péče. [1]

Při porovnání spokojenosti v našem výzkumu bylo potvrzeno, že spokojenost K/P s ošetrovatelskou péčí opravdu stoupá, čím starší K/P tím spokojenější K/P.

Tab. 21 Porovnání celkové spokojenosti K/P vzhledem k věku

Porovnání celkové spokojenosti K/P vzhledem k věku	Známka				CELKEM
	Za 1	za 2	za 3	za 4	
méně než 30	62,5%	37,5%	0,0%	0,0%	100,0%
31 - 40	50,0%	37,5%	12,5%	0,0%	100,0%
41 - 50	75,0%	25,0%	0,0%	0,0%	100,0%
51 - 60	75,0%	25,0%	0,0%	0,0%	100,0%
61 - 70	76,9%	19,2%	3,8%	0,0%	100,0%
71 a více	82,1%	17,9%	0,0%	0,0%	100,0%

Porovnání celkové spokojenosti K/P vzhledem k věku



Obr. 26 Graf Porovnání celkové spokojenosti K/P vzhledem k věku

3.3.1. Hypotéza 1.

Myslím si, že více než 70% K/P je spokojeno při uspokojování základních potřeb a s odbornou ošetrovatelskou péčí poskytovanou všeobecnými sestrami.

1. hypotézu jsme věnovali problematice spokojenosti K/P při uspokojování základních potřeb a spokojenosti P/K s odbornou ošetrovatelskou péčí všeobecných sester. Odpovědi jednotlivých otázek jsme klasifikovali známkami 1 až 4 (jako ve škole). Pokud byla K/P vybrána odpověď: nepřeji si hodnotit, nevím, bolest jsem nepociťoval/a, signalizační zařízení jsem nepoužil/a byly tyto odpovědi z celkového průměru vynechány. Pro zjištění informací z této oblasti jsme využily z dotazníku otázky č. 5, 6, 7, 9, 11, a 19. Provedli jsme aritmetický průměr oznámkovaných odpovědí. Na grafickém znázornění vidíme, že spokojeno bylo celkem 97,4% K/P z nichž 55,8% K/P bylo plně spokojeno a 41,6% mělo drobné výhrady.

Výše zmíněné otázky, byly do dotazníku zařazeny na základě informací vycházejících z Maslowovy hierarchie potřeb. Je všeobecně známo, že z příchodem do nemocnice dochází k narušení jednotlivých součástí této pomyslné pyramidy. K/P nemají dostatek soukromí, ztrácejí pocit jistoty a bezpečí nemohou se seberealizovat. Proto musíme pamatovat, že uspokojením základních potřeb, jako jsou navození příjemného prostředí, soukromí na pokojích a sociálních zařízeních. Spánek nerušený noční prací sester na oddělení nebo bolestí provázející ať už akutní nebo chronická onemocnění a v neposlední řadě také strava, která je i přes dietní opatření chutná a pestrá. Uspokojením těchto potřeb získáváme pevnou základnu pro spokojenost K/P a kvalitní péči. [1]

Z grafických znázornění nejen jednotlivých položek pro 1. hypotézu, ale i celkového zhodnocení spokojenosti K/P s uspokojováním základních potřeb a odbornou

dovedností sester vyplývá, že jsou tyto oblasti v KNL a.s. kvalitně pokryty. 1. hypotéza se potvrdila.

Tab. 22 Celková spokojenost P/K při uspokojování základních potřeb a s odbornou ošetrovatelskou péčí

Celková spokojenost P/K při uspokojování základních potřeb a s odbornou ošetrovatelskou péčí	Známka				CELKEM
	za 1	za 2	za 3	za 4	
četnost respondentů	63	47	3	0	113
četnost respondentů v procentech	55,8	41,6	2,7	0,0	100,0

3.3.2. Hypotéza 2.

Domnívám se, že 60% K/P se setkává s úctou, respektem a profesionálním přístupem od všeobecných sester.

2. hypotézu jsme věnovali problematice spokojenosti s úctou, respektem a profesionálním přístupem všeobecných sester ke K/P. Odpovědi jednotlivých otázek jsme klasifikovali známkami 1 až 4 (jako ve škole). Pokud byla K/P vybrána odpověď: nepřeji si hodnotit, nevím byly tyto odpovědi z celkového průměru vynechány. Pro zjištění informací z této oblasti jsme využily z dotazníku otázky č. 1, 13, 17, 18, 20, 21, 22. Provedli jsme aritmetický průměr oznámkovaných odpovědí. Na grafickém znázornění vidíme, že spokojeno je celkem 99,1% K/P z nichž 82,3% bylo plně spokojeno a 16,8% K/P mělo drobné výhrady.

Pro otázky, které jsme zvolili k 2. hypotéze byly směrodatné body nejen Etického kodexu sester, ale i Práv pacientů. Mravní normy profese udávají zákony, vyhlášky a opatření, které přesně formulují povinnosti zdravotnických pracovníků. Dále se touto problematikou zabývá ošetrovatelská etika. Ošetrovatelství totiž nemá za úkol uspokojovat pouze potřeby biologické (základní). Ošetrovatelství musí uspokojovat i potřeby z oblasti psychologické a sociální. 2. hypotézou jsme chtěli poukázat na důležitost morálních vztahů mezi zdravotní sestrou a K/P. Zdravotní sestra by měla mít stále na paměti Etický kodex sester, protože vše co dělá, dělá pro blaho a prospěch nejen K/P, ale i pro jeho rodinu a samozřejmě i sebe. Nejen ve zdravotnictví platí dávno přechylené pořekadlo: „Jak se do lesa volá, tak se z lesa ozývá.“ Z čehož vyplývá, že chování sestry se odráží, nejen v chování K/P, ale také v jeho hodnocení kvality zdravotnické péče, kterou mu zdravotní sestra poskytuje. [13]

Tab. 23 Celkový pohled P/K na úctu, respekt a profesionální přístup od všeobecných sester

Celkový pohled P/K na úctu, respekt a profesionální přístup od všeobecných sester	Známka				CELKEM
	1	2	3	4	
četnost respondentů	93	19	1	0	113
četnost respondentů v %	82,3	16,8	0,9	0,0	100

3.3.3. Hypotéza 3.

Domnívám se, že více než 80% K/P je spokojeno s komunikací mezi K/P a všeobecnou sestrou.

3. hypotézu jsme věnovali problematice spokojenosti s komunikací K/P všeobecnou sestrou. Odpovědi jednotlivých otázek jsme klasifikovali známkami 1 až 4 (jako ve škole). Pokud byla K/P vybrána odpověď: nepřeji si hodnotit, nevím byly tyto odpovědi z celkového průměru vynechány. Pro zjištění informací z této oblasti jsme využily z dotazníku otázky č. 2, 4, 14, 15, 16. Provedli jsme aritmetický průměr oznámkovaných odpovědí. Na grafickém znázornění vidíme, že spokojeno je celkem 93,8% K/P z nichž 58,4% bylo plně spokojeno a 35,4% mělo drobné výhrady.

Kvalitní ošetrovatelská péče nemůže být poskytována bez kvalitní komunikace mezi sestrou a K/P, nebo vzájemně mezi členy ošetrovatelského týmu. Dle těchto priorit jsme volili otázky pro 3. hypotézu. Každého hospitalizovaného K/P provází strach a úzkost z budoucnosti a má zvýšenou vnímavost ke svému okolí. Komunikace není jen řeč mluvená, patří sem také mimika tváře, gestikulace, tělesný a zrakový kontakt. Jako zdravotní sestry musíme ke K/P individuálně, s jistou dávkou empatie, pozitivním naladěním a úctou, která byla zmíněna v předchozí hypotéze. Vše co uděláme nebo spíš neuděláme se odráží v psychice K/P a komunikaci mezi ním a zdravotní sestrou.

Informace získané z výzkumu nám potvrdily, že zdravotní sestry v KNL a.s. mají dobře osvojeny komunikační dovednosti v oblasti aktivního naslouchání K/P. Dokáží s K/P soucítit, porozumět jim, pochopit a rozpoznat jejich potřeby.

Tab. 24 Celková spokojenost K/P při komunikaci se všeobecnou sestrou

Celková spokojenost K/P při komunikaci se všeobecnou sestrou	Známka				CELKEM
	za 1	za 2	za 3	za 4	
četnost respondentů	66	40	7	0	113
četnost respondentů v %	58,4	35,4	6,2	0,0	100

4. Závěr

Závěr bakalářské práce byl věnován shrnutí informací, které jsme získali pomocí dotazníkového šetření.

Téma Spokojenosti K/P s ošetrovatelskou péčí na standardním oddělení bylo zvoleno, vzhledem k aktuálnosti dané problematiky a tomu, že každý z nás si dle práv může sám zvolit kvalitní zdravotnické zařízení. Zajímali jsme se nejen o celkovou spokojenost, ale o její velmi důležité složky, jakými jsou bezesporu komunikace mezi všeobecnou sestrou a K/P, uspokojování potřeb K/P a samozřejmě úcta a respekt ke K/P ze strany všeobecných sester. Tyto aspekty, jsou zhodnoceny v jednotlivých hypotézách, z nichž je patrné, že K/P jsou s péčí všeobecných sester v KNL a.s. ve valné většině spokojeni, až na pár drobných výjimek. Není třeba se nad nespokojeností některých K/P pozastavovat. Naopak se musíme jako profesionálové poučit a zamyslet se nad tím, jak i z těchto nespokojených K/P udělat K/P spokojené. Příjemným sdělením, je spokojenost většiny K/P se stravou i přes dietní opatření nastavené lékaři. Snad jen jednotlivá sdělení K/P k jednání rychlé záchranné služby a připomínky k podmínkám v koupelně na LDN, nebo úpravě WC na interním oddělení, by stály za důkladnější prozkoumání. Zda se jedná opravdu pouze o nespokojenost jednotlivce, nebo zda je to názor více K/P.

Výsledky tohoto výzkumného šetření mohou sloužit jako cenné informace nejen pro management, ale také pro všeobecné sestry KNL a.s. jako zpětná vazba a důkaz smysluplnosti jejich práce. Zároveň je i určitou pochvalou ze strany K/P.

Snad bude kladné hodnocení podporou nejen všeobecným sestrám, ale i ostatním pracovníkům KNL a.s. v jejich další práci.

5. Seznam bibliografických citací

1. BÁRTLOVÁ, Sylva., HNILICOVÁ, Helena. *Vybrané metody a techniky výzkumu: Zjišťování spokojenosti pacientů*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000. s. 118. ISBN 80-7013-311-2.
2. BÁRTLOVÁ, Sylva., SADÍLEK, Petr., TÓTHOVÁ, Valérie. *Výzkum a ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2005. s. 146. ISBN 80-7013-416-X.
3. BUCKOVÁ, Pearl Sydenstricke. *Hrdé srdce*. 1. vyd. Praha: Melantrich, 1977. s. 334.
4. CELTOVÁ, Lada. Zkušenosti s akreditačním šetřením v Nemocnici Havlíčkův Brod. Diagnóza v ošetrovatelství, Praha : Promediamotion, 2008, roč. IV, č. 9, s. 33. ISSN 1801-1349.
5. České ošetrovatelství 2: *Zajišťování kvality ošetrovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů*. Ediční řada - Praktické příručky. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. s. 47. ISBN 80-7013-270-1.
6. FARKAŠOVÁ, Dana. a kol. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. s. 211 ISBN 80-8063-227-8.
7. FORÝTKOVÁ, Lenka. BOUREK, Aleš. SEIFERT, Bohumil. *Standardy léčebných postupů a kvalita ve zdravotnictví. Manuál zvyšování kvality péče pro nemocnice, polikliniky, praktické lékaře a specialisty*. Praha: Verlag Dashoefer, 2001. s. neudáno. ISSN 1803-120X.
8. GLADKIJ, Ivan a kolektiv. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, a.s., 2003. s. 380. ISBN 80-7226-996-8.

9. GLADKIJ, Ivan. HEGER, Leoš. STRNAD, Ladislav. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. s.183. ISBN 80-7013-272-8.
10. GLADKIJ, Ivan. STRNAD, Ladislav. *Implementace programů kvality a efektivity v nemocnicích MANUÁL*. 1.vyd. Olomouc: Fakultní nemocnice v Olomouci, 2001. s. 61.
11. ISO. O ISO [online] [2009-04-19] Dostupné z: <<http://www.iso.com/About-ISO/Overview/About-ISO.html>>.
12. JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000. s. 138. ISBN 80-85866-55-2.
13. JURÁSKOVÁ, Dana. *Kvalita ošetrovatelské péče a management rizik*. Sestra, Praha: 2004, roč. XIV, . 3, s.18-20. ISSN 1210-0404.
14. KOMŮRKOVÁ, Kristýna. Ministerstvo chce, aby se kvalita péče z pohledu pacienta měřila jedním metrem. Zdravotnické noviny, Praha: 2003, roč. 52, č. 38, s.12. ISSN 0044-1996.
15. KOZIEROVÁ, Barbara., ERBOVÁ, Glenora., OLIVIEROVÁ, Rita. *Ošetrovatel'stvo*. 1.vyd. 1995 Martin: Vydavatel'stvo Osveta, s. 836. ISBN 80-217-0528-0.
16. Krajská nemocnice Liberec, a.s. Všeobecná chirurgie [online] [2009-0419] Dostupný z WWW: <http://www.nemlib.cz/web/index.php?menu=1_33_25>.
17. Krajská nemocnice Liberec, a.s. Cévní a rekonstrukční chirurgie [online] [2009-04-19] Dostupný z WWW: <http://www.nemlib.cz/web/index.php?menu=1_33_2>.
18. Krajská nemocnice Liberec, a.s. Chirurgické oddělení. [online] [2009-04-19] Dostupný z WWW: <http://www.nemlib.cz/web/index.php?menu=1_33_99>.

19. Krajská nemocnice Liberec, a.s. Kvalita a bezpečí [online] [2009-04-19]
Dostupný z WWW: <http://www.nemlib.cz/web/index.php?menu=1_33_68_4>.
20. Krajská nemocnice Liberec, a.s. Oddělení geriatrické a následné péče [online]
[2009-04-19] Dostupný z WWW:
<http://www.nemlib.cz/web/index.php?menu=1_33_6>
21. Krajská nemocnice Liberec, a.s. ORL [online] [2009-04-19] Dostupný z WWW:
< http://www.nemlib.cz/web/index.php?menu=1_33_16>.
22. Krajská nemocnice Liberec, a.s. Současnost [online] [2009-04-19] Dostupný z
WWW: <http://www.nemlib.cz/web/index.php?menu=1_2>.
23. Krajská nemocnice Liberec, a.s. Všeobecná interna [online] [2009-04-19]
Dostupný z WWW: <http://www.nemlib.cz/web/index.php?menu=1_33_26>.
24. Krajská nemocnice Liberec, a.s. Výroční zpráva za rok 2007. doc. [online]
[2009-04-19] Dostupný z WWW:
<http://www.nemlib.cz/web/index.php?menu=5_29>.
25. MARX, David. STANĚK, Ivan. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. Komentovaný oficiální překlad přel. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. s. 287. ISBN 80-247-1001-3.
26. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Kvalita ošetrovatelské péče (I. část)*. Ošetrovatelství. Hradec Králové: 2001, sv. 3, č. 3-4, s. 69-73. ISSN 1212-723X.
27. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství - II. Díl: Systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. s. 160. ISBN 80246-0428-0.
28. Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví. O ISQua [online] [2009-04-19] Dostupný z WWW: <<http://www.isqua.org/isquaPages/General.html>>.

29. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Měření kvality zdravotních služeb – metodické dokumenty ke stažení -2aa -
Priloha_1_Dotaznik_KOP_MZCR_2008_nemocnice.pdf (88 Kb) [online]
[2009-04-19] Dostupný z WWW:
<<http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/39-Mereni-kvality-zdravotnich-sluzeb---metodicke-dokumenty-ke-stazeni.html>>.
30. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Portál kvality a bezpečí - Veřejná část odborná [online] [2009-04-19] Dostupný z WWW:
<<http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/>>.
31. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Portál kvality a bezpečí - Veřejná část odborná [online] [2009-04-19] Dostupný z WWW:
<<https://portalkvality.mzcr.cz/Pages/33-Vysledky-mereni-v-oblastnich-nemocnicich-Stredoceskeho-kraje.html>>.
32. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Standardy ošetrovatelské péče [online] [2009-04-19] Dostupný z WWW:
<<http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/11-Standardy-oseetrovatelske-pece.html>>.
33. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Akreditace zdravotnických zařízení [online] [2009-04-19] Dostupný z WWW:
<<http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/8-Akreditace-zdravotnickych-zarizeni.html>>.
34. PAYNE, Jan a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2005. s. 630. ISBN 80-7254-657-0.
35. Picker institut. About Picker Institute [online] [2009-04-19] Dostupný z WWW:
<<http://www.pickerinstitute.org/about/about.html>>.
36. Picker institut. Our Founder [online] [2009-04-19] Dostupný z WWW:
<<http://www.pickerinstitute.org/about/ourfounder.html>>.

37. POCHYLÁ, Karla, *České ošetřovatelství I Koncepce českého ošetřovatelství. Základní terminologie*. Ediční řada - praktické příručky pro sestry. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2005. s. 49. ISBN 80-7013-420-8.
38. ROZSYPALOVÁ, Marie. STAŇKOVÁ, Marie. a kol. *Ošetřovatelství I/1 pro zdravotnické školy*. 2. vyd. doplněné. Praha: Informatorim, 1999. s. 236. ISBN 80-86073-39-4.
39. Spojená Akreditační komise. O nás [online] [2009-04-19] Dostupný z WWW: <<http://www.jointcommission.org/AboutUs/>>.
40. STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetřovatelství II Sestra - reprezentant profese*. Ediční řada příručky pro sestry. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. s. 78. ISBN80-7013-368-6.
41. Státní ústav pro kontrolu léčiv. Činnost SÚKL [online] [2009-04-19] Dostupný z WWW: <<http://www.sukl.cz/cinnost-sukl>>.
42. ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol. *Základy ošetřovatelství*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2006. s. 353. ISBN 80-246-1091.
43. ŠKRLA, Petr. *Především neublížit Cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetřovatelské péči*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2005. s. 162. ISBN 80-7013-419-4.
44. ŠKRLA, Petr., ŠKRLOVÁ, Magda. *Kreativní ošetřovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion s.r.o., 2003. s.477. ISBN 80-7172-841-1.
45. TRACHTOVÁ, Eva a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2. vyd. - nezměněné - dotisk. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. s. 186. ISBN 80-7013-324-4.

46. UNIVERSITY ARCHIVES AND RECORDS PROGRAM BENTLEY HISTORICAL LIBRARY. Avedis Donabedian [online] [2009-04-19] Dostupný z WWW: <<http://bentley.umich.edu/general/findingaids/Donabed.pdf>>.
47. WHO. Lemon 1: *Učební texty pro sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 1996. s. 184. ISBN 80-7013-234-5.
48. Wikipedia, the free encyclopedia. Harvey Picker [online] [2009-04-19] Dostupný z WWW: <http://en.wikipedia.org/wiki/Harvey_Picker>.
49. Wikipedie, otevřená encyklopedie. Kvalita [online] [2009-04-19] Dostupný z WWW: <<http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/502027-kvalita>>.

6. Seznam příloh

Příloha č. 1	Dotazník
Příloha č. 2	Koncepce ošetřovatelství
Příloha č. 3	Akreditovaná zdravotnická zařízení
Příloha č. 4	Etický kodex sester
Příloha č. 5	Práva nemocných
Příloha č. 6	Dotazník Kvalita Očima Pacientů
Příloha č.7	Charakteristika zkoumaného pracoviště

Příloha č. 1

Dotazník

Vážený paciente, Vážená pacientko.

Obracím se na Vás s žádostí o pomoc při realizaci výzkumného šetření v rámci bakalářské práce na téma: Spokojenost s ošetrovatelskou péčí.

Problematicou spokojeností pacienta/klienta s ošetrovatelskou péčí se ve své bakalářské práci zabývám teoreticky. Prostřednictvím tohoto dotazníku bych Vás chtěla požádat o sdělení zkušeností získaných během Vaší hospitalizace. Dotazník je anonymní, získaná data budou po grafickém zpracování sloužit výhradně pro účely uvedené bakalářské práce.

Děkuji za Váš čas, který mi vyplněním dotazníku věnujete.

S pozdravem Kateřina Dlasková
studentka TUL, bakalářského programu Ošetrovatelství

Instrukce k vyplnění dotazníku:

Otázky jsou konstruovány s možností výběru odpovědi

Vámi vybranou odpověď zakroužkujte

Závěr dotazníku je věnován Vaším poznámkám, komentářům, popř. prostoru pro zadání kontaktu v případě, že budete chtít být seznámeni s výsledky dotazníkového šetření

SOCIO-DEMOGRAFICKÉ CHARAKTERISTIKY

S1. Pohlaví

- ☐ Muž
☐ Žena

S2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

- ☐ Základní bez vyučení
☐ Vyučení bez maturity
☐ Maturita
☐ Vysokoškolské

S3. Věk:

Na kterém oddělení jste byl/a hospitalizován/a?

Jak probíhalo vlastní přijetí do zařízení

- 1) *Jak na Vás zapůsobil první kontakt se zdravotní sestrou (na pohotovosti, příjmu, oddělení a pod.)*

Zapůsobil na mě:

- a) Výborně a profesionálně
- b) Velmi dobře
- c) Průměrně
- d) Velmi špatně
- e) Nevzpomínám si
- f) Vzhledem k mému zdravotnímu stavu mi to bylo jedno

- 2) *Představila se Vám ošetřující zdravotní sestra jménem?*

- a) Ano
- b) Ne
- c) Jméno jsem si přečetl/a na vizitce
- d) Nevzpomínám si

- 3) *Byl/a jste seznámen/a s řádem nemocnice a právy pacientů?*

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevzpomínám si

- 4) *Dostal/a jste dostatek informací o dalším průběhu ošetrovatelské péče?*

- a) Ano
- b) Ano, ale v omezeném množství
- c) Ne, ačkoliv jsem o to žádal/a
- d) Ne, nežádal/a jsem o informace

Pobyt v zařízení

- 5) *Jste spokojen/a s čistotou pokojů?*

- a) Velmi spokojen/a
- b) Spíše spokojen/a
- c) Spíše nespokojen/a
- d) Zcela nespokojen/a
- e) Vzhledem k mému zdravotnímu stavu mi to bylo jedno

- 6) *Jste spokojen/a s čistotou toalet a sprch?*

- d) Velmi spokojen/a
- e) Spíše spokojen/a
- f) Spíše nespokojen/a
- g) Zcela nespokojen/a
- h) Toalety a sprchy jsem nepoužíval/a

7) *Jste spokojen/a s množstvím a kvalitou stravy?*

- i) Velmi dobrá
- j) Spíše dobrá
- k) Spíše špatná
- l) Velmi špatná
- m) Nemocniční stravu jsem nejedl/a

8) *Máte od lékaře předepsanou dietu?*

- n) Ano
- o) Ne
- p) Nevím

9) *Obtěžují Vás během spánku kontroly pokojů a práce zdravotních sester?*

- q) Ano
- r) Ne
- s) Nevím

Ošetrovatelská péče a přístup zdravotních sester ke klientovi / pacientovi

10) *Byl/a jste během hospitalizace minimálně jeden den upoután/a na lůžko?*

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevzpomínám si

11) *Pokud jste použil/a signalizační zařízení, jak reagovala zdravotní sestra?*

- a) Reagovala okamžitým příchodem
- b) Reagovala příchodem po několika minutách
- c) Reagovala rozhovorem přes intercom a po bližším zjištění situace přišla
- d) Nereagovala, ani příchodem ani rozhovorem pře intercom
- e) Nepřeji si hodnotit
- f) Nepoužil/a jsem signalizační zařízení

12) *Měl/a jste během vyšetření a ošetrovatelské péče dostatek soukromí?*

- a) Vždy
- b) Občas
- c) Nikdy
- d) Vzhledem k mému zdravotnímu stavu mi to bylo jedno
- e) Nepřeji si hodnotit

13) *Jak jste byl/a spokojen/a s odbornou dovedností zdravotních sester?*

- a) Velmi spokojen/a
- b) Spíše spokojen/a
- c) Spíše nespokojen/a
- d) Zcela nespokojen/a

- e) Vzhledem k mému zdravotnímu stavu mi to bylo jedno
- f) Nepřeji si hodnotit

14) Stalo se Vám, že jste během hospitalizace dostal/a od zdravotního personálu protichůdné informace?

- a) Ano, často
- b) Ano, občas
- c) Ne, nikdy
- d) Nepamatuji se

15) Když jste položil/a zdravotní sestře důležitou otázku, dostal/a jste na ni odpověď, které jste rozuměl/a?

- a) Vždy jsem dostal/a srozumitelnou odpověď
- b) Většinou jsem dostal/a srozumitelnou odpověď
- c) Občas jsem dostal/a srozumitelnou odpověď
- d) Nikdy jsem nedostal/a srozumitelnou odpověď
- e) Neptal/a jsem se

16) Pokud jste měl/a strach nebo obavy ze svého zdravotního stavu nebo ošetrovatelských výkonů, byla zdravotní sestra ochotna si a Vámi promluvit?

- a) Ano, vždy
- b) Ano, občas
- c) Ne, nebyla ochotna o tom se mnou mluvit
- d) Neměl/a jsem strach ani obavy
- e) Nepřeji si hodnotit

17) Pokud jste zdravotní sestru o něco požádal/a, splnila svůj slib?

- a) Ano, vždy splnila svůj slib
- b) Ano, občas
- c) Ne, nesplnila svůj slib
- d) Zdravotní sestru jsem o nic nežádal/a
- e) Nepřeji si hodnotit

18) Zajímala se zdravotní sestra v průběhu hospitalizace o Váš zdravotní stav?

- a) Ano, ptala se každý den
- b) Ano, občas se zeptala jak se cítím
- c) Ne, neptala se
- d) Nepamatuji se

19) Byl/a jste spokojena s reakcí zdravotních sester pokud jste pociťoval/a bolest?

Reakce byla:

- a) Výborná
- b) Velmi dobrá
- c) Dobrá

- d) Dostatečná
- e) Nedostatečná
- f) Bolest jsem nepociťoval/a

Obecné hodnocení

20) Měl/a jste důvěru ke zdravotním sestrám, které Vás ošetřovaly?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Určitě ne
- e) Nepřeji si hodnotit

21) Myslíte si, že zdravotní sestry byly schopny vcítit se do Vaší situace?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Určitě ne
- e) Nepřeji si hodnotit

22) Cítíte, že jste byl/a během hospitalizace ošetřován/a ze strany zdravotních sester

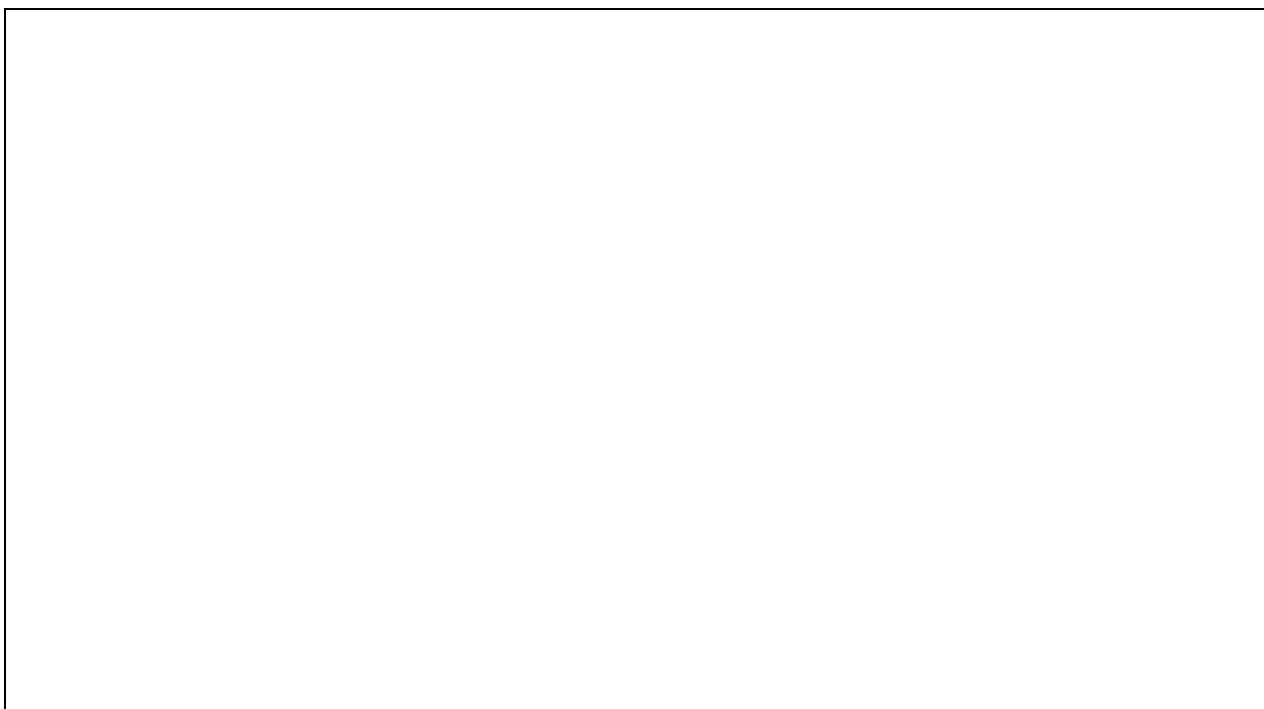
s úctou a respektem?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Určitě ne
- e) Nepřeji si hodnotit

23) Doporučil/a byste toto zdravotnické zařízení rodině nebo přátelům?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Určitě ne
- e) Nepřeji si hodnotit

Ostatní připomínky:



Děkuji Vám za čas, který jste vyplnění tohoto dotazníku věnoval/a.

Zkontrolujte, prosím, zda jste zodpověděl/a všechny otázky, které se Vás týkaly.

Příloha č. 2

Koncepce ošetrovatelství

Ošetrovatelství má nezastupitelné postavení v péči o zdraví člověka. Ošetrovatelskou péčí se rozumí soubor odborných činností zaměřených na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivců, rodin a osob, majících společné sociální prostředí nebo trpících obdobnými zdravotními obtížemi.

Součástí ošetrovatelství je péče o nevyléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné smrti. Ošetrovatelská péče je poskytována v rámci integrované péče i paliativní péče. Ošetrovatelství si v ústavní, ambulantní i komunitní péči vytvořilo vlastní pole působnosti, v němž ošetrovatelský personál pracuje výrazně samostatněji. Charakteristickými rysy ošetrovatelství je individualizovaná péče založená na vyhledávání a plánovitém uspokojování potřeb člověka ve vztahu k jeho zdraví nebo potřebám vzniklých nebo pozměněných onemocněním.

Tato činnost vyžaduje kvalitní organizaci, řízení a kontrolu ošetrovatelské péče. K moderním trendům ošetrovatelství patří mimo jiné poskytování ošetrovatelské péče víceetapovým způsobem, jehož předpokladem je ošetrovatelský tým, složený z ošetrovatelského personálu s různou úrovní kvalifikace. Kompetence těchto pracovníků jsou vymezeny podle stupně dosaženého vzdělání a specializace.

Předložená koncepce vychází z Koncepce ošetrovatelství České republiky z roku 1998, respektuje doporučení Organizace spojených národů, Světové zdravotnické organizace, směrnic Evropské unie, doporučení Evropské komise, Mezinárodní organizace práce, Mezinárodní rady sester a Mezinárodní rady porodních asistentek. Tyto dokumenty určují další vývoj a směr ošetrovatelství a porodní asistence v 21. století.

Koncepce klade důraz na náročnější a samostatnější práci ošetrovatelského personálu. Zdůrazňuje nutnost práce metodou ošetrovatelského procesu doprovázeného řádně vedenou zdravotnickou dokumentací jako základního metodického postupu

ošetřovatelského personálu při práci se zdravým i nemocným člověkem, jeho rodinou a sociálním prostředím. Otevírá cestu k zajištění kvalitní ošetřovatelské péče prostřednictvím ošetřovatelských standardů, které stanovují kritéria k jejímu poskytování a hodnocení.

Předložená koncepce vychází ze systému vydávání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu nelékařským zdravotnickým pracovníkům a jejich zápisu do Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu.

Lze očekávat, že systematické používání této koncepce v praxi se odrazí ve zkvalitnění celkové péče o zdraví české populace, a to nejen v kvalitnější ošetřovatelské ústavní, ambulantní i domácí péči, pevného zakotvení v integrované a paliativní péči, ale i v komunitní ošetřovatelské péči na úseku prevence a výchovy ke zdraví.

Koncepce ošetřovatelství je základním východiskem pro tvorbu koncepcí ošetřovatelství v jednotlivých klinických oborech.

Příloha č. 3

Akreditovaná zdravotnická zařízení

Nemocnice Třinec-Podlesí, a.s.

Masarykův onkologický ústav Brno

Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé Luže – Košumbersk

Psychiatrické centrum Praha

Nemocnice Český Tešín, a.s.

Karvinská hornická nemocnice, a.s.

Středomoravská nemocniční a.s., odštěpný závod Nemocnice Prostějov

Šumperská nemocnice, a.s.

Nemocnice Písek a.s.

Vsetínská nemocnice a.s.

Rehabilitační ústav Brandýs nad Orlicí

Odborný léčebný ústav neurologicko-geriatrický Moravský Beroun, p.o.

Nemocnice Valašské Meziříčí a.s.

Odborný léčebný ústav Paseka, p.o.

Hornická poliklinika s.r.o. Ostrava

DOP-HC s.r.o. Dolní Rychnov

Sdružené zdravotnické zařízení Krnov p.o.

Fakultní nemocnice Ostrava

Svitavská nemocnice a.s.

Vítkovická nemocnice a.s.

Nemocnice následné péče LDN Horažďovice

Nemocnice Havlíčkův Brod, p.o.

Nemocnice Hranice, a.s.

Radioterapie, a.s., Nový Jičín

Rehabilitační ústav Kladruby

Nemocnice Třinec, p.o.

Fakultní nemocnice Hradec Králové

Nemocnice Jihlava, p.o.

Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o.

Středomoravská nemocniční, a.s. – odštěpný závod nemocnice Šternberk

Nemocnice Pelhřimov

Podhorská nemocnice, a.s.

Fakultní nemocnice v Motole

Dětské centrum Čtyřlístek

Příloha č. 4

Etický kodex sester

- Sestra je povinna převzít profesionální odpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí a za zlepšování zdravotního stavu nemocných právě tak, jako za tišení bolesti.
- Potřeba zdravotní péče je všeobecná. Se zdravotní a ošetrovatelskou péčí jsou nerozlučně spjaty: respekt k lidskému životu, důstojnost a lidská práva. Zdravotní péči je třeba poskytovat bez ohledu na národnost, rasu, věk, pohlaví, politické přesvědčení a sociální postavení.
- Sestra poskytuje péči jednotlivci, rodině a společnosti a spolupracuje v tom i s reprezentanty jiných oborů.
- Sestra chrání informace o osobních poměrech pacienta, považuje je za důvěrné a svědomitě hodnotí, v jakém rozsahu a komu může tyto důvěrné informace předat.
- Sestra při poskytování péče respektuje životní hodnoty a obvyčeje jednotlivce i jeho právo na sebeurčení.
- Sestra přijímá osobní odpovědnost za svá rozhodnutí při ošetřování a za následné chování.
- Sestra uplatňuje získané znalosti a řídí se individuální způsobilostí a schopností při vyhledávání konzultace, při přijímání a předávání sesterské činnosti jiným.
- Sestra usiluje o nejvyšší možný standard ošetrovatelské péče v mezích možností dané situace.

- Sestra spolupracuje s jinými profesionály zdravotní péče, uznává a respektuje jejich přínos a vyvíjí úsilí o patřičnou úroveň morálních vztahů zdravotnického týmu.
- Sestra provádí zodpovědně indikovanou odbornou péči, ale odepře účast na jednání, které odporuje etice či jejímu svědomí.
- Sestra na sebe klade při výkonu povolání vždy nejvyšší požadavky.
- Sestra má pro výkon své profese morální předpoklady a příslušné odborné znalosti a využívá každé vhodné příležitosti k udržení a ke zvýšení profesionálních znalostí a způsobilosti.
- Sestra svým příkladným chováním hraje velkou roli při zavádění žádoucích mravních zásad a kritérií do ošetrovatelské praxe.
- Sestra se podílí prostřednictvím profesní organizace na vytvoření, uskutečňování a zlepšování vhodných sociálních, ekonomických a pracovních podmínek v ošetrovatelství.
- Sestra se aktivně podílí na úsilí zdravotnictví chránit a uskutečňovat vysokou kvalitu sesterské péče.
- Sestra se spoluobčany a ostatními zdravotníky zodpovědně podílí na iniciativním uspokojování bio-psycho-sociálně-ekologických potřeb veřejnosti.
- Sestra se podílí na objektivní informovanosti veřejnosti v oblasti zdraví a všech aspektů, které mohou zdraví ovlivnit.
- Sestra svým životním stylem ovlivňuje tradice a zvyky společnosti, v níž žije a pracuje.

Příloha č. 5

Práva nemocných

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.

2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení tohoto způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.

3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich zúčastní.

4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.

5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření a léčba jsou věci důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.

6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.

7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.

9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to i bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.

10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Příloha č. 6

Dotazník Kvalita Očima Pacientů



HODNOCENÍ KVALITY ZDRAVOTNÍ PÉČE OČIMA PACIENTŮ

Kód oddělení:

--	--	--	--

Kodér

--	--

Děrovač 1

--	--

Děrovač 2

--	--

Číslo dotazníku

--	--	--	--

Vážená paní, vážený pane,

zvyšování kvality zdravotní péče je hlavní prioritou Ministerstva zdravotnictví České republiky. Při tomto procesu by měl hrát stále větší roli také pacient. Vaše odpovědi nám umožní zjistit, jaké jsou potřeby pacientů a co je třeba ve zdravotní péči dále zlepšovat.

Obracíme se proto na Vás s dotazníkem, který se týká Vaší spokojenosti s průběhem Vaší současné hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Na výzkumu spolupracuje Ministerstvo zdravotnictví ČR a výzkumná společnost STEM/MARK, a.s. s významnými zdravotnickými zařízeními. Cílem výzkumu je podpora vytvoření podmínek pro zvýšení kvality zdravotní péče poskytované v ČR a zavedení standardní metodiky používané ve vyspělých zemích Evropské unie.

Prosíme Vás, abyste věnoval/a přibližně dvacet minut pečlivému vyplnění tohoto dotazníku. Vaše odpovědi jsou pro nás velmi cenné, neboť nám pomáhají zjistit, jaká je úroveň zdravotní péče v ČR. Na stejné otázky odpovídají v této době stovky pacientů po celé republice.

Dotazník je sestaven do přehledných kapitol, které se vždy týkají určité oblasti péče o pacienty. U každé otázky označte, prosím, zakřížkováním do příslušného okénka tu odpověď, která nejvíce odpovídá Vaší současné zkušenosti. Rádi bychom získali maximální možný počet odpovědí na položené otázky, proto Vás žádáme o trpělivost při vyplňování dotazníku. Vaše odpovědi na položené otázky by měly co nejvěrněji popsat Vaši zkušenost s touto Vaší hospitalizací. Nebojte se proto kritiky u těch oblastí, se kterými jste zde nebyl/a spokojen/a, a naopak kladného hodnocení u péče, s kterou jste spokojen/a byl/a. Pokud na některou otázku nedokážete z nějakého důvodu odpovědět, zaznamenejte čitelně tuto skutečnost u dané otázky. Pokud se při vyplňování zmýlíte, stačí chybnou odpověď zřetelně přeškrtnout a vyplnit správné okénko.

Dotazník vyplňte a při odchodu ze zdravotnického zařízení vložte do schránky, která je k tomuto účelu umístěna na oddělení. Tato schránka je zapečetěna a vybírá ji pověřený pracovník výzkumné společnosti STEM/MARK. Personál zdravotnického zařízení nemá k vyplněným dotazníkům přístup. Se všemi Vámi uvedenými údaji bude zacházeno jako s důvěrnými a nebudou použity k jiným než výzkumným účelům. Dotazníky nepodepisujte, výzkum je anonymní.

V případě jakýchkoliv dotazů, nejasností či žádostí o vysvětlení se můžete kdykoliv obrátit na společnost STEM/MARK, a.s. na telefonním čísle 225 986 823.

Děkujeme Vám za spolupráci a za čas, který věnujete vyplnění dotazníku. Velmi si Vaší ochoty vážíme.

RNDr. Tomáš Raiter
řešitel projektu, STEM/MARK, a.s.

STEM/MARK, a.s., Na Hrdzi 17/176, 180 00 Praha 8, tel.: 225 986 811, fax: 225 986 560, e-mail: info@stemmark.cz, www.stemmark.cz
IČO: 6185 9591, DIČ: CZ61859591, Banka: Živnostenská banka, Praha 1, Číslo účtu: 019 010 00404903, Ověřovací kód: Praha, značka B.2041

Upozornění: Prosím, nezapomeňte, že tento dotazník se týká pouze Vaší současné návštěvy ve zdravotnickém zařízení.

1. Byl/a jste v tomto zařízení, kde právě ležíte, hospitalizován/a plánovaně nebo jako akutní případ?

- ☐ 1 Neplánovaně, jako akutní případ
- ☐ 2 Plánovaně, byl/a jsem objednan/a předem
- ☐ 3 Byl/a jsem převezen/a odjinud

PLÁNOVANÉ PŘIJETÍ / PŘEVOZ DO ZAŘÍZENÍ

Tuto část dotazníku vyplňte pouze pokud bylo Vaše přijetí či převoz do tohoto zařízení předem plánováno. Netýká-li se Vás tato část, přejděte k otázce číslo 6 („Jak na Vás působil první kontakt se zařízením“).

2. Jak dlouho jste čekal/a na přijetí do zařízení?

- ☐ 1 Nečekal/a jsem
- ☐ 2 2-3 dny
- ☐ 3 Do jednoho týdne
- ☐ 4 Do jednoho měsíce
- ☐ 5 Do půl roku
- ☐ 6 Do roka
- ☐ 7 Do dvou let
- ☐ 8 Více než dva roky
- ☐ 9 Nevím

3. Byl termín Vašeho přijetí zdravotnickým zařízením změněn?

- ☐ 1 Ne
- ☐ 2 Ano, jednou
- ☐ 3 Ano, 2-3 ×
- ☐ 4 Ano, 4 × nebo vícekrát
- ☐ 5 Nevím

4. Zdála se Vám doba čekání na přijetí do zařízení vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu:

- ☐ 1 Příliš dlouhá
- ☐ 2 Tak akorát
- ☐ 3 Byl/a jsem přijat/a dříve, než jsem předpokládal/a
- ☐ 4 Nevím

5. Zhoršily se Vaše zdravotní potíže během čekání na přijetí do zařízení?

- ☐ 1 Ano
- ☐ 2 Ne

JAK PROBÍHALO VLASTNÍ PŘIJETÍ DO ZAŘÍZENÍ

6. Jak na Vás působil první kontakt se zařízením (na pohotovosti, na příjmu apod.)? Zapůsobil na mně:

- ☐ 1 Velmi dobře a profesionálně
- ☐ 2 Průměrně
- ☐ 3 Velmi špatně
- ☐ 4 Nevzpomínám si

7. Dostal/a jste během přijetí dostatek informací o svém zdravotním stavu a dalším průběhu Vaší léčby?

- ☐ 1 Ano
- ☐ 2 Ano, v omezené míře
- ☐ 3 Ne, ačkoliv jsem je žádal/a
- ☐ 4 Ne, nežádal/a jsem informace

8. Jak dlouho jste při příjmu do zařízení čekal/a na uložení na lůžko?

- ☐ 1 Do 15 minut
- ☐ 2 Méně než jednu hodinu
- ☐ 3 Alespoň jednu, ale méně než dvě hodiny
- ☐ 4 Dvě a více hodin
- ☐ 5 Nepamatuji se

9. Zakroužkujte, jak byste oznámkoval/a organizaci a plynulost Vašeho přijetí do zařízení.

(1 = nejlepší známka, 5 = nejhorší známka)

1.....2.....3.....4.....5

POBYT V ZAŘÍZENÍ

10. Rušil Vás v noci hluk?

- 1 ☐ Ne
- 2 ☐ Ano, hluk ostatních pacientů
- 3 ☐ Ano, hluk zaměstnanců zařízení
- 4 ☐ Ano, hluk zvenčí

11. Jak jste byl/a spokojen/a s čistotou pokojů?

- 1 ☐ Velmi spokojen/a
- 2 ☐ Spíše spokojen/a
- 3 ☐ Spíše nespokojen/a
- 4 ☐ Zcela nespokojen/a

12. Jak jste byl/a spokojen/a s čistotou toalet a sprch?

- 1 ☐ Velmi spokojen/a
- 2 ☐ Spíše spokojen/a
- 3 ☐ Spíše nespokojen/a
- 4 ☐ Zcela nespokojen/a
- 5 ☐ Toalety/sprchy jsem nepoužíval/a

13. Vyhovovala Vám teplota ve Vašem pokoji?

- 1 ☐ Ano
- 2 ☐ Spíše ano
- 3 ☐ Spíše ne
- 4 ☐ Ne
- 5 ☐ Nevím

14. Vyhovovala Vám doba ranního buzení?

- 1 ☐ Ano
- 2 ☐ Spíše ano
- 3 ☐ Spíše ne
- 4 ☐ Ne
- 5 ☐ Nevím

15. Vyhovovala Vám doba návštěv?

- 1 ☐ Ano
- 2 ☐ Spíše ano
- 3 ☐ Spíše ne
- 4 ☐ Ne
- 5 ☐ Nevím

16. Jak byste ohodnotil/a kvalitu jídla?

- 1 ☐ Velmi dobrá
- 2 ☐ Spíše dobrá
- 3 ☐ Spíše špatná
- 4 ☐ Velmi špatná
- 5 ☐ Nemocniční stravu jsem nejedl/a

17. Měl/a jste dietu?

- 1 ☐ Ano
- 2 ☐ Ne
- 3 ☐ Nevím

18. Jaké množství jídla jste dostával/a?

- 1 ☐ Příliš mnoho
- 2 ☐ Přiměřeně
- 3 ☐ Příliš málo
- 4 ☐ Nemocniční stravu jsem nejedl/a

19. Vyhovovala Vám doba podávání jídel?

- 1 ☐ Ano
- 2 ☐ Ne
- 3 ☐ Nemocniční stravu jsem nejedl/a

20. Byl/a jste celkově spokojen/a s takovými službami zařízení, jako je např. možnost telefonovat, sledovat TV, zakoupit si noviny atd.?

- 1 ☐ Velmi spokojen/a
- 2 ☐ Spíše spokojen/a
- 3 ☐ Spíše nespokojen/a
- 4 ☐ Zcela nespokojen/a
- 5 ☐ Nevím

21. Stalo se Vám někdy, že jste spadl/a z lůžka?

- 1 ☐ Ano
- 2 ☐ Ne
- 3 ☐ Nevím

OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ

22. Znal/a jste svého ošetřujícího lékaře?

- 1 ☐ Ano, znal/a jsem ho jménem
- 2 ☐ Ano, ale neznal/a jsem ho jménem
- 3 ☐ Ne, nevím kdo byl můj ošetřující lékař

23. Vyhovovalo Vám, jak často Vás ošetřující lékař navštěvoval?

- 1 ☐ Ano
- 2 ☐ Ne

24. Jak byste zhodnotil/a Váš vztah k ošetřujícímu lékaři z hlediska důvěry? Můžete říci, že Váš vztah byl:

- 1 ☐ Velmi dobrý
- 2 ☐ Dobrý
- 3 ☐ Nepříliš dobrý
- 4 ☐ Špatný

LÉKAŘI OBECNĚ

25. Když jste položil/a lékaři důležitou otázku, dostal/a jste odpověď, které jste rozuměl/a?

- 1 ☐ Vždy
- 2 ☐ Většinou
- 3 ☐ Občas
- 4 ☐ Nikdy
- 5 ☐ Neptal/a jsem se

26. Pokud jste měl/a strach nebo obavy ze svého stavu nebo léčby, byl lékař ochotný si s Vámi promluvit?

- 1 ☐ Vždy
- 2 ☐ Většinou
- 3 ☐ Občas
- 4 ☐ Nikdy
- 5 ☐ Neměl/a jsem strach ani obavy

27. Hovořil před Vámi lékař tak, jako byste nebyl/a přítomen/a?

- 1 ☐ Často
- 2 ☐ Občas
- 3 ☐ Nikdy

28. Hovořil s Vámi lékař každý den?

- 1 ☐ Ano
- 2 ☐ Ne

ZDRAVOTNÍ SESTRY

29. Když jste položil/a zdravotní sestře důležitou otázku, dostal/a jste odpověď, které jste rozuměl/a?

- 1 ☐ Vždy
- 2 ☐ Většinou
- 3 ☐ Občas
- 4 ☐ Nikdy
- 5 ☐ Neptal/a jsem se

30. Pokud jste měl/a strach nebo obavy ze svého stavu nebo léčby, byla zdravotní sestra ochotna si s Vámi promluvit?

- 1 ☐ Vždy
- 2 ☐ Většinou
- 3 ☐ Občas
- 4 ☐ Nikdy
- 5 ☐ Neměl/a jsem strach ani obavy

31. Hovořila před Vámi zdravotní sestra tak, jako byste nebyl/a přítomen/a?

- 1 ☐ Často
- 2 ☐ Občas
- 3 ☐ Nikdy

32. Měl/a jste důvěru ke zdravotním sestřám, které Vás ošetřovaly?

- 1 ☐ Určitě ano
- 2 ☐ Většinou ano
- 3 ☐ Většinou ne
- 4 ☐ Vůbec ne

ZDRAVOTNÍ PÉČE / LÉČBA

33. Stalo se Vám, že jste dostal/a během pobytu v zařízení od zdravotnického personálu (lékařů, sester) protichůdné informace?

- 1 ☐ Často
- 2 ☐ Občas
- 3 ☐ Nikdy

34. Vyhovovala Vám dosažitelnost zdravotnického personálu v zařízení?

- 1 ☐ Určitě ano
- 2 ☐ Spíše ano
- 3 ☐ Spíše ne
- 4 ☐ Určitě ne
- 5 ☐ Nevím

35. Chtěl/a jste být více zapojen/a do rozhodování o své léčbě?

- 1 ☐ Ano
- 2 ☐ Ne
- 3 ☐ Nevím

36. Měli Vaši blízcí dostatek příležitostí hovořit s lékařem?

- 1 ☐ Ano
- 2 ☐ Ne
- 3 ☐ Nevím

37. Měl/a jste dostatek soukromí, když s Vámi lékař probíral Váš zdravotní stav nebo léčbu?

- 1 ☐ Vždy
- 2 ☐ Občas
- 3 ☐ Nikdy
- 4 ☐ Lékař se mnou nehovořil

38. Měl/a jste dostatek soukromí během vyšetření nebo léčby?

- 1 ☐ Vždy
- 2 ☐ Občas
- 3 ☐ Nikdy

39. Jak jste byl/a celkově spokojen/a s rychlostí, s jakou Vám personál poskytl pomoc, když jste ji potřeboval/a?

- 1 ☐ Velmi spokojen/a
- 2 ☐ Spíše spokojen/a
- 3 ☐ Spíše nespokojen/a
- 4 ☐ Zcela nespokojen/a
- 5 ☐ Nepotřeboval/a jsem pomoc

40. Byl/a jste seznámen/a s právy nemocného?

- 1 ☐ Ano
- 2 ☐ Ne
- 3 ☐ Nevím

41. Pokud jste byl/a předem informován/a o vyšetření či zákroku, který jste měl/a podstoupit, stalo se, že jeho termín nebyl dodržen?

- 1 ☐ Často se stalo, že termín nebyl dodržen
- 2 ☐ Občas se stalo, že termín nebyl dodržen
- 3 ☐ Jen výjimečně se stalo, že termín nebyl dodržen
- 4 ☐ Termíny byly vždy dodrženy
- 5 ☐ Žádná vyšetření či zákroky jsem nepodstoupil/a
- 6 ☐ O vyšetřeních či zákrocích jsem nebyl/a předem informován/a

42. Vezmete-li v úvahu množství léků, které jste dostával/a na utišení bolesti, myslíte si, že jste:

- 1 ☐ Dostával/a více léků než bylo třeba
- 2 ☐ Dostával/a optimální množství léků
- 3 ☐ Dostával/a méně léků než bylo třeba
- 4 ☐ Léky na bolest jsem nepotřeboval/a
- 5 ☐ Nevím

PROPUŠTĚNÍ ZE ZAŘÍZENÍ

Tato část dotazníku se týká propouštěcí procedury, proto ji vyplňte až těsně před opuštěním zdravotnického zařízení.

43. Vyskytly se nějaké problémy, které způsobily odklad Vašeho propuštění ze zařízení?

- 1 ☐ Ne
- 2 ☐ Ano, měl/a jsem zdravotní komplikace
- 3 ☐ Ano, čekal/a jsem na léky
- 4 ☐ Ano, čekal/a jsem na prohlídku u lékaře
- 5 ☐ Ano, čekal/a jsem na sanitku
- 6 ☐ Ano, z jiného důvodu

44. Vysvětlili Vám zdravotníci, jak o sebe máte pečovat a jak užívat léky po propuštění ze zařízení?

- 1 ☐ Jasně a srozumitelně
- 2 ☐ Málo srozumitelně
- 3 ☐ Nesrozumitelně
- 4 ☐ Nevysvětlili vůbec

45. Řekl Vám někdo, jaké nebezpečné příznaky Vašeho zdravotního stavu máte po propuštění ze zařízení sledovat?

- 1 ☐ Jasně a srozumitelně
- 2 ☐ Málo srozumitelně
- 3 ☐ Nesrozumitelně
- 4 ☐ Neřekl vůbec

46. Vysvětlili lékaři nebo zdravotní sestry Vaším blízkým, jakou pomoc potřebujete při zotavování?

- 1 ☐ Jasně a srozumitelně
- 2 ☐ Málo srozumitelně
- 3 ☐ Nesrozumitelně
- 4 ☐ Nevysvětlili vůbec
- 5 ☐ Moji blízcí nebyli přítomni při mém propuštění ze zařízení

47. Nabídlí Vám zdravotníci pomoc při zajišťování domácí péče po propuštění ze zařízení (např. pečovatelská služba, sociální pracovník apod.)?

- 1 ☐ Ano
- 2 ☐ Ne
- 3 ☐ Můj zdravotní stav to nevyžadoval

OBECNÉ HODNOCENÍ ZAŘÍZENÍ

48. Cítíte celkově, že jste byl/a léčen/a s úctou a respektem?

- 1 ☐ Určitě ano
- 2 ☐ Spíše ano
- 3 ☐ Spíše ne
- 4 ☐ Určitě ne

49. Jak hodnotíte postoj celého personálu tohoto zařízení? Řekl/a byste, že postoj byl soucitný a uklidňující a jeho schopnost vzbudit ve Vás dobré pocity byla:

- 1 ☐ Výjimečně velká
- 2 ☐ Velká
- 3 ☐ Malá
- 4 ☐ Nedostatečná

50. Jak jste byl/a spokojen/a s tím, jak personál zařízení zajistil Vaše citové a duchovní potřeby?

- 1 ☐ Velmi spokojen/a
- 2 ☐ Spíše spokojen/a
- 3 ☐ Spíše nespokojen/a
- 4 ☐ Zcela nespokojen/a

51. Vyhovoval Vám způsob, jakým Vám byla sdělena Vaše diagnóza?

- 1 ☐ Určitě ano
- 2 ☐ Spíše ano
- 3 ☐ Spíše ne
- 4 ☐ Určitě ne

52. Nabídli Vám zdravotníci individuální rehabilitaci ještě v průběhu Vaší hospitalizace?

- 1 ☐ Ano
- 2 ☐ Ne
- 3 ☐ Můj zdravotní stav to nevyžadoval

53. Nabídli Vám zdravotníci individuální konzultaci psychologa ještě v průběhu Vaší hospitalizace?

- 1 ☐ Ano
- 2 ☐ Ne
- 3 ☐ Můj zdravotní stav to nevyžadoval

54. Jak byste celkově ohodnotil/a péči, která Vám zde byla poskytnuta?

- 1 ☐ Výborná
- 2 ☐ Velmi dobrá
- 3 ☐ Dobrá
- 4 ☐ Dostatečná
- 5 ☐ Nedostatečná

55. Jak byste hodnotil/a Váš zdravotní stav při propuštění:

- 1 ☐ Lepší
- 2 ☐ Stejný
- 3 ☐ Horší

56. Měl/a jste možnost ovlivnit výběr zařízení, ve kterém jste byl/a hospitalizován/a?

- 1 ☐ Ano, vybral/a jsem ho na základě dobrých referencí
- 2 ☐ Ano, bylo to pro mě nejbližší
- 3 ☐ Ne, zařízení mi doporučil lékař
- 4 ☐ Ne, nikdo o tom se mnou nemluvil

57. Doporučil/a byste toto zdravotnické zařízení rodině nebo přátelům?

- 1 ☐ Určitě ano
- 2 ☐ Spíše ano
- 3 ☐ Spíše ne
- 4 ☐ Určitě ne

SOCIO-DEMOGRAFICKÉ CHARAKTERISTIKY

S1. Jste muž nebo žena?

- 1 ☐ Muž
- 2 ☐ Žena

S2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- 1 ☐ Základní bez vyučení
- 2 ☐ Vyučení bez maturity
- 3 ☐ Maturita
- 4 ☐ Vysokoškolské

S3. Rok narození (prosím dopište):

19

S5. Zapište, prosím, dnešní datum:

Datum: 2005

OSTATNÍ PŘIPOMÍNKY

Jestliže chcete zmínit ještě nějaké další zkušenosti z Vašeho pobytu v tomto zařízení, napište je, prosím, do následujícího rámečku (případně na zadní stranu tohoto dotazníku):



Děkujeme Vám za čas, který jste vyplnění tohoto dotazníku věnoval/a.

Zkontrolujte, prosím, zda jste zodpověděl/a všechny otázky, které se Vás týkaly.

Vhod'te, prosím, dotazník do schránky umístěné na Vašem oddělení.

Příloha č.7

Charakteristika zkoumaného pracoviště

Vzhledem k tomu, že dotazníkové šetření bylo uskutečněno v Krajské nemocnici Liberec a. s. (dále KNL a.s.) je nutné si ji stručně charakterizovat.

K 1.7. 2007 byla KNL z příspěvkové organizace změněna na akciovou společnost. V současné době KNL a.s. díky svému statutu krajské nemocnice poskytuje své služby K/P celého Libereckého kraje a K/P z jeho spádových oblastí. Obory jakými jsou traumatologie, kardiologie, onkologie, perinatologie a spinální jednotka slouží i dalším krajům ČR. KNL a.s. se řadí mezi jedny z největších krajských nemocnic v ČR, co se týká počtu ošetřených K/P. Ročně je v KNL a.s. hospitalizováno průměrně 40 000 K/P a ambulantně je ošetřeno asi 450 000 K/P. Během roku 2007 bylo provedeno 18 808 operačních zákroků a narodilo se 1 481 dětí. [22, 24]

Léčebně preventivní péče KNL a.s. je poskytována od základních přes specializované až po vysoce specializované obory. A to na 46 odděleních a 137 pracovištích. KNL a.s. disponuje 973 lůžky, z toho je 734 lůžek akutní péče, 97 pro intenzivní péči a 142 pro péči následnou. V roce 2007 vznikla 2 nová centra, Traumatologicko – ortopedické centrum a Kardiocentrum. [22, 24]

Dobrá úroveň vzdělání nejen lékařů, ale i ostatních pracovníků je zárukou kvalitní péče poskytované K/P. Lékaři KNL a.s. se podílejí na řadě mezinárodních klinických studií, zavádění nových operačních výkonů a postupů, čímž samozřejmě stoupá vědecká i publikační činnost nemocnice. KNL a.s. pořádá v průběhu každého roku řadu vzdělávacích akcí nejen regionálního a celorepublikového, ale i mezinárodního charakteru. [22, 24]

Stejně, jako všechny nemocnice v ČR, tak i KNL a.s. má svým hlavním cílem poskytovat maximální možnou kvalitu zdravotní péče. Proto je kladen důraz na oblasti: bezpečí K/P, poskytování informací o nemoci poskytované péče, o tom jak se chovat po propuštění do domácího léčení a dále na příjemné prostředí, úctu a respekt ke K/P, dostupnost doby čekání na poskytnutou péči a zapojení K/P do rozhodování. Každá stížnost ze strany K/P nebo jeho rodinných příslušníků na poskytovanou péči, případně

na pracovníků je pečlivě ověřena a zhodnocena. Kvalita zdravotní péče , která je v KNL K/P poskytnuta je doložena certifikátem systému řízení ISO 9001, který specifikuje požadavky na systém managementu jakosti v organizacích, které chtějí trvale poskytovat služby v souladu s danými předpisy a požadavky klientů a usilují zvýšení spokojenosti klienta. Nemocnice v dubnu 2006 získala certifikaci dle normy ISO 9001 – 2001 od společnosti Burelu Veritas s dobou platnosti na tři roky. [22, 24, 19]

Spokojenost K/P je v KNL kontinuálně hodnocena od roku 2006 pomocí dotazníků spokojenosti, sestavených odborníky dle pickerovských dimenzí. Dotazníky mají verzi pro hodnocení spokojenosti K/P s ambulantní péčí a pro hodnocení spokojenosti K/P s péčí při hospitalizaci. V roce 2008 byla nemocnice součástí měření kvality zdravotní péče prostřednictvím spokojenosti pacientů – Kvalita Očima Pacientů, nemocnice Libereckého kraje. [22, 24, 19]

KNL a.s. je nositelkou titulu Baby Friendly Hospital. Na budoucí povolání se zde připravují studenti lékařských fakult, Střední zdravotnické školy a Vyšší odborné školy zdravotnické Liberec. Roku 2006 byla zahájena spolupráce s Ústavem zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci v praktické i teoretické výuce studijního programu Ošetřovatelství, oboru Všeobecná sestra. [22, 24, 19]

Dalšími plánovanými kroky KNL a.s. a jejího managementu je v současné době zavedení a plnění akreditačních standardů s následnou akreditací KNL a. s. [22, 24, 19]

Charakteristika zkoumaných pracovišť

Všeobecná chirurgie

Zabývá se otázkou onemocnění abdominální (břišní) dutiny (žlučník, játra, žaludek, slinivka břišní, střevo tenké a tlusté), štítné žlázy, kůže, podkoží, měkkých tkání a zabývá se chirurgií obezity. [16]

Při operačních zákrocích se hojně užívá laparoskopického přístupu, pokud není kontraindikován lékařem. [16]

Cévní a rekonstrukční chirurgie

Jedná se o specializované oddělení, schválené MZČR a zároveň pracovištěm akreditovaným pro specializační vzdělávání v oboru Cévní chirurgie. Oddělení se zaměřuje zejména na léčbu P/K s ischemickou chorob tepen dolních končetin, výdutěmi cévních stěn periferního cévního systému a chirurgii crurálních a distálních bypassu. [17]

Součástí oddělení jsou také poradny a diagnostická pracoviště – angiografické, sonografické a rentgenové. Ambulantně je během jednoho týdne vyšetřeno zhruba 70 K/P s onemocněním cévního systému a během roku je provedeno 200 – 250 operačních výkonů. [17]

Otorhinolaryngologie (ušní, nosní, krční)

Medicínský obor zabývající se léčbou a diagnostikou ušních, nosních a krčních chorob. Oddělení disponuje moderní technikou, jakými jsou operační mikroskop, vybavení pro mikrochirurgii hrtanu, endoskopickou chirurgii nosu, speciální elektrický operační nůž Celon, audiokomora a klinický audiometr. S pomocí této techniky jsou léčeny choroby v oblasti ušní, nosní a krční. Na oddělení provádí plastické operační řešení ušních boltců, operační řešení chrápání a diagnostiku ve spánkové laboratoři. [21]

Oddělení geriatrické a následné péče (léčebna dlouhodobě nemocných – LDN)

Jedná se o oddělení nabízející K/P tzv. následnou geriatrickou péči. Z velké části je skupina K/P na tomto oddělení tvořena seniory po úraze, proběhlé akutní nemoci, operací, chronickými onemocněními a při vzniklé nebo narůstající nesoběstačnosti. Oddělení se zabývá včasnou rehabilitací s užitím fyzikální terapie, kompenzačních pomůcek což je důležité pro zpomalení procesu narůstající nesoběstačnosti. Hlavním cílem oddělení je opětovný návrat K/P do domácího prostředí. 142 lůžek následné geriatrické péče KNL a.s. je rozděleno na dvě pracoviště. 99 lůžky disponuje oddělení geriatrické a následné péče v Liberci a 43 lůžky pracoviště v Jablonném v Podještědí. [20]

Oddělení všeobecné interny

Je rozděleno na 4 lůžková oddělení v čele s primářem, vrchní sestrou, vedoucím lékařem oddělení a staniční sestrou. K lůžkovým oddělením patří také interní ambulance, pracující v režimu NONSTOP, z této ambulance přicházejí k příjmu akutnímu nebo plánovanému na oddělení K/P. Jedná se o obor multidisciplinární, zabývající se diagnostikou, léčbou chorob vnitřních orgánů. Oddělení dále nabízejí péči o onkologické K/P hospitalizované pro následnou a paliativní péči. [23]